

1992

Dr. ALEX. BOGDAN DUMITRESCU

SEMIOLOGIE PSIHIATRICA

FACULTATEA DE MEDICINA
UNIV. "OVIDIUS" Constanta
1992

CUPRINS

- I. Cursul nr.1: "ASISTENTA CARITABILA SI PRAVILE DOMNESTI IN PSIHIATRIA ROMANEASCA".
- II. Cursul nr.2: "ETIOPATOGENIA TULBURARILOR SI BOLILOR PSIHICE".
- III. Cursul nr.3: "CRITERII DE TERAPEUTICA PSIHIATRICA, BIO SI PSIHOTERAPIE".
- IV. Cursul nr.4: "CLASIFICAREA BOLILOR PSIHICE".
- V. Cursul nr.5: "SEMILOGIE PSIHIATRICA".
- VI. Cursul nr.6: "PSIHOPATOLOGIA CIMPULUI PERCEPTIV".
- VII. Cursul nr.7: "SPIHOPATOLOGIA CIMPULUI PERCEPTIV".
- VIII. Cursul nr.8: "CLASIFICAREA HALUCINATIILOR DUPA ANALIZATORI".
- IX. Cursul nr.9: "MEMORIA".
- X. Cursul nr.10: "TEORIILE ASUPRA MEMORIEI".
- XI. Cursul nr.11: "GINDIREA".
- XII. Cursul nr.12: "IDEEA OBSESIVA".
- XIII. Cursul nr.13: "TULBURARILE DE IMAGINATIE SI TULBURARILE DE LIMBAJ".
- XIV. Cursul nr.14: "DEZVOLTAREA LIMBAJULUI SI TULBURARILE LIMBAJULUI VORBIT SI SCRIS".
- XV. Cursul nr.15: "COMPORTAMENTUL DE ADAPTARE SUPERIOR INTEGRATA".
- XVI. Cursul nr.16: "ACTIVITATEA SI TULBURARILE DE ACTIVITATE".
- XVII. Cursul nr.17: "TULBURARILE DE COMPORTAMENT SEXUAL".
"CONDUTTA ALIMENTARA SI TULBURARILE ACESTEIA".
"COMPORTAMENTUL VOLUTIV SI TULBURARILE SALE"
"TULBURARILE DE COMPORTAMENT SEXUAL".
- XVIII. Cursul nr.18: "PERSONALITATEA".

ASISTENTA CARITABILA SI PRAVILE DOMNESTI IN PSIHIATRIA ROMANEASCA.

In comparatie cu celelalte tari europene si cu imensul teritoriu al Rusiei tariste vecine, pina la jumatatea veacului al XIX-lea, pe teritoriul tarii noastre bolnavii mintal au avut privilegiul unor ingrijiri mai tolerante.

Minastirile si schiturile raspindite in special in regiunile muntoase si impadurite, confereau un coeficient de siguranta sporit, prin dificultatea accesului; multe dintre aceste asezaminte religioase erau vestite si intretineau legende unor icoane facatoare de minuni, precum si ale unor izvoare minerale purificatoare, sau, cel putin, vindicatoare. Ca si in restul lumii, in cuprinsul lacasurilor de cult, asistenta psihiatrica era acordata caritabil.

Au existat chiar temeiuri legale - unele praviile domnesti - pe baza carora alienatii au fost adapostiti si ingrijiti in minastirea JITEA si schitul MADONA DUDU in Oltenia, minastirea MARCUTA si schitul PALAMUCI in Muntenia, minastirile NEAMT si GOLIA si schitul ADAM in Moldova.

Cunoscuta inca din timpuri indepartate ca un asezamint de asistenta psihiatrica caritabila, in Moldova cea mai renumita a fost Minastirea Neamtului.

In Oltenia, in anul 1789, ia fiinta ospiciul "Madona Dudu".

Legenda spune ca intr-o padure, intr-o scorbura de dud, a fost descoperita o icoana facatoare de minuni, intimplare ce i-a determinat pe credinciosii din partea locului sa ridice acolo o biserica din lemn, injurul careia au aparut indata chiliile in care locuiau calugarii. Aceste chilii au servit drept refugiu caritabil pentru bolnavii care-si cautau vindecarea, slavind divinitatea.

70 de ani mai tirziu, in anul 1858, primaria Craiovei recunoaste si admite in continuare functionarea permanenta a azilului "Madona Dudu"; in 1861 dr.NECULAI HAUSELMAN solicita serviciului sanitar transformarea azilului in "Spital regulat pentru smintiti". Se combate astfel orientarea "tarilor occidentale care tin smintitii impreuna cu criminalii in aresturi", el recomandind ca "alienatii sa fie asistati pe linga minastiri ca la vechii elini, sau lasati liberi in societate in cautare medicala".

In Muntenia au existat schitul Palamuci si minastirea Marcuta. Schitul Palamuci (devenit ulterior "Balamuci") a fost construita in secolul XVII de vel logofatul POPA linga Caldarusani. In acest asezamint au fost gazduiti alienati pina in anul 1845, an in care toti bolnavii au fost transferati la minastirea Marcuta, lacas cunoscut din vechime si in care, in anul 1923 - an in care s-a infintat Spitalul Central - au fost inregistrati peste 600 de bolnavi.

In organizarea asistentei psihiatrice in Romaniaa, se disting trei momente istorice importante:

- 1.Unirea Principatelor in 1859.
- 2.Secularizarea averilor minastiresti in 1865.
- 3.Preluarea administratiei ospiciilor si azilelor de catre Directia Sanitara a Ministerului de Interne, in 1864.
4. *Car*

OSPICIUL DE LA MARCUTA.

In anul 1846, asezamintul avea 40 de paturi si era condus de dr. NECULAI GANESCU.

În anul 1859, ospiciul Marcuța era condus de medicul primar dr. PETRU PROTICI și avea 100 paturi; bolnavii erau agregati într-un proces incipient de ergoterapie, înființându-se aici 2 ateliere: unul de tipărire pentru bărbați și unul de lucru de mână pentru femei.

În anul 1867, la cîrma ospiciului Marcuța apare ca director dr. ALEXANDRU SUTU, profesor de medicina legală și membru corespondent al Academiei Române. Dr. SUTU este totodată și pionier al învățămîntului psihiatrie în România, el inaugurînd în 1867, la Marcuța, pentru studenții anului V ai Facultății de Medicină din București (înființată în 1860), cursul de "Psihiatrie și clinică boalelor mentale". În perioada 1880-1897, prof. SUTU a predat în comun psihiatria și medicina legală; catedra de psihiatrie devine bugetară abia după 30 de ani de funcționare, adică în anul 1897.

Dintre lucrările prof. AL. SUTU, remarcăm:

- "Alienatul în fața societății și a științei" - 1877;
- "Asistența publică a alienaților în România" - 1889;
- "Elemente de medicină legală" - 1880;
- "Psihiatria modernă" - 1905.

Prof. AL. SUTU, susținut de CANTACUZINO - ambii eforturi ai spitalelor din București și ai episcopiei spitalelor Sf. Spiridon din Iași, obține în 1892 legiferarea construirii a două ospicii, unul în Moldova și unul în Muntenia, iar în anul 1893 obține mărirea numărului de paturi la Marcuța, de la 100 la 150, creîndu-se astfel al doilea post de medic primar, pe care îl ocupa provizoriu prof. OBREGIA, care se titularizează prin concursul susținut în anul 1895.

Prof. OBREGIA se alătură tandemului SUTU-CANTACUZINO și obține împreună un teren de 120 ha - fosta moșie Popești - la MANDRAVELA (periferia Bucureștiului), pentru construirea "Ospiciului Central".

Proiectul de construire al ospiciului central din București rămîne în sertarele noului guvern, iar ~~discuțiile~~ discuțiile ~~nu~~ nu fi reluate doar în anul 1905, cînd dr. AL. SUTU este reales efor la Spitalele Civile, iar dr. OBREGIA devine directorul ospiciului Marcuța, fiind în același timp și director general al Direcției Sanitare în Ministerul de Interne. În continuare în 1906 se votează legea care permite crearea la București a unui ospiciu cu 980 de paturi.

Lucrările încep într-un tirziu, în 1908 și se întrerup în 1911, stagnînd pînă în 1921. Acum, datorită lui N. TITULESCU, ministrul de finanțe se aproba suma necesară lucrărilor, iar Spitalul Central de Psihiatrie București se inaugurează în 1923; o mare contribuție a avut-o în această grea perioadă dr. OBREGIA, care în 1910 - în urma pensionării a prof. AL. SUTU - a ocupat prin concurs catedra de psihiatrie.

PROF. ALEXANDRU OBREGIA - 1860-1937 - născut la Iași, absolvent strălucit al Facultății de Medicină din București, a obținut titlul de doctor în medicină în 1888 cu teza de doctorat intitulată "Centrii cerebro-corticali și vizuali"; s-a specializat la Berlin în neurologie și psihiatrie, sub bagheta prof. WUNDT la Paris, și a prof. MAGNAN.

MINASTIREA NEAMTULUI.

La Minastirea Neamt, "Ospiciul de alienați" a fost sub conducere monahală pînă în anul 1863. În acest an, cei nouăzeci de bolnavi internați au fost puși sub îngrijirea dr. EMANOIL LOZINSCHI; La 1 aprilie 1866, ospiciul intra sub jurisdicția episcopiei Sf. Spiridon din Iași.

În această perioadă, existau și bolnavi mintali adăpostiți în Minastirea GOLIA din Iași. Ei erau asistați de medicul primar IULIAN LUCASZEWSKI, doctor în medicină la Berlin în 1862.

Acestași-a desfășurat activitatea la GOLIA între 1 oct. 1883 și 11 oct. 1894, cînd activitatea este preluată de episcopia ieșeană.

La Iasi, Facultatea de Medicina se infiinteaza in anul 1879, iar in 1881, Epitropia Spitalelor Sf.Spiridon pune la dispozitia invatamintului psihiatric si neurologic Ospiciul de alienati de la Golia. Dr.BRAESCU si Dr.PASTIA devin primii conducatori de curs-onorifici. Abia in 1895, Ministerul Cultelor si Instructiunii Publice aproba un curs liber de "clinica boalelor nervoase si mentale" pentru Dr.PASTIA, si un curs de "patologia boalelor mentale" pentru Dr.AL.BRAESCU.

Epitropia Sf.Spiridon, apreciind in mod deosebit activitatea doctorului AL.BRAESCU, il trimite in 1893 la Paris, pentru a se specializa in neurologie si psihiatrie; ajuns la Paris, medicul iesean acumuleaza profunde cunostinte si in probleme de organizare a asistentei psihiatrice si constructia spitalelor de psihiatrie din Anglia, Scotia, Franta, Elvetia, Belgia, Austria.

Numit - prin concurs - medic primar la ospiciul Golia, impune un suflu sustinut de intelectualitatea ieseana si obtine un credit de 350.000 lei pentru inceperea lucrarilor de construirea spitalelor de la "Socola". Proiectata pentru 400 de paturi in sistem pavilionar, lucrarea incepe chiar in 1897 si este gata dupa doi ani.

Dar, deschiderea are loc dupa inca o ani, adica in 1905.

In perioada 1895-1906, Dr.BRAESCU asigura si invatamintul de psihiatrie la Facultatea de Medicina din Iasi, dar fara acordul Ministerului, care refuza nejustificat bugetara catedrei.

Refuzul Ministerului determina si refuzul profesorului de a mai onora gratuit Facultatea de Medicina.

Succesorul lui, Dr.PANAITE ZOSIN-1873-1942- cu studii de specialitate la Berlin, HAIDELBERG si Paris- a desfasurat si o bogata activitate publicistica si oratorica.

Incepind cu anul 1912, se impune Dr.C.I.PARHON (1874 - 1969),treptat ca intern, medic secundar si sef de lucrari in clinica prof.GH.MARINESCU, la Spitalul Pantelimon din Bucuresti. In 1909 publica impreuna cu Dr.M.GOLDSTEIN - in premiera mondiala - "Raportul glandelor endocrine cu patologia mentala".

La 6 noiembrie 1912, prof.C.I.Parhon devine seful catedrei de endocrinologie, printre putinele din lume la acea data.

Li succede la catedra LEON O. BALIFF (18.II.1892, Tibanesti-18.V.1967, Iasi).

Absolvent al Facultatii de Medicina din Iasi, intern, extern, apoi sef de lucrari la fiziologie, in 1922 primeste o bursa pentru specializare la Oxford si Cambridge in neurofiziologie si se preocupa de organizarea asistentei psihiatrice in Anglia si Scotia.

Din anul 1925 devine medic primar director la Spitalul "Socola".

Realizeaza prima unitate de malareoterapie din tara, creeaza sectia "Manta Rosie" in 1932 - pentru bolnavii cu parkinsonism post-encefalitic- si colonia "Sipote" in 1938 - pentru psihici si cronici.

La Bucuresti se afirmase deja la aceasta data prof. GH.MARINESCU (1863-1938) cu studii in legatura cu fiziopatologia isteriei, rolul reflexelor conditionate in dezvoltarea psihica, entepatogenia epilepsiei si a dementiei senile, semnificatia sugestiei si a hipnozei si altele.

- Dupa reintregirea nationala de la 1918, se produce un reviniment in psihiatria romaneasca.

La cele doua nuclee de invatamint, cercetare si organizare preexistente la Bucuresti si la Iasi, li se adauga in anul 1919 catedra de psihiatrie de la Facultatea de Medicina de la Cluj, unde se numeste profesor titular CONSTANTIN URECHIA, elev al profesorului AL. OBREGIA.

CONSTANTIN URECHIA (1863-1955) este profesor la Cluj in perioada 1919 - 1946 si creeaza, impreuna cu profesorii de psihologie experimentală si chiar un institut de psihologie.

La SIBIU, este promovat Dr.GHEORGHE PREDA (1879 - 1965), absolvent al Institutului Medico Militar din Bucuresti in 1904, cu specializare in Franta si Germania; medic primar director in 1919 la Spitalul de neuro - psihiatrie din Sibiu.

infiinteaza primul dispensar psihiatric la Sibiu in 1933, redacteaza la 84 de ani un "Manual de initiere in ergoterapia", iar la 86 de ani comunica un studiu despre tulburarile de afectivitate la virsta a III-a.

Dupa razboi invatamintul psihiatric isi largeste aria geografica. La TIRGU MURES, sub indrumarea prof.dr.MISKOL CZY si a elevului sau, prof.Dr.K.CSIKY se formeaza o scoala cu polarizarea tridimensionala bio - psiho - sociala, continuata cu succes de prof.dr.GRECU.

La TIMISOARA, se remarca prof.dr.EDUARD PAMFIL.

La CLUJ, prof.dr.SILVIU ROSU este urmat de prof.dr.AURELIA SIRBU, din scoala de psihiatrie a Sibiului, care conserva relatiile traditionale cu scoala de psihiatrie de la "SOCOLA" Iasi.

In prezent, conf.dr.STERIAN RINDASU si conf.dr.RODICA MACREA contribuie la mentinerea prestigiului scolii clujene de psihiatrie.

La BUCURESTI, dupa profesorii CONSTANTIN PARHON-STEFANESCU, Prof.dr. VASILE PREDESCU a amplificat abordarea etiopatogenetica in studiul psihiatriei.

La CRAIOVA exista aceleasi preocupari, disciplina de psihiatrie fiind condusa de conf.dr.ALEXANDRU OLARU.

La IASI, personalitatea prof.dr.PETRU BRINZEI straluceste inca pe aleile parcului Spitalului "SOCOLA", alei care au purtat pasii de student, intern, extern, medic secundar, medic primar director si profesor al distinsului psihiatru care a fost PETRE BRINZEI.

Echipa condusa de prof.dr.PYROSZINSKI mentine stachete calitatii invatamintului de psihiatrie iesean.

La tinara Facultate de Medicina a Universitatii "OVIDIUS" din Constanta, disciplina de psihiatrie a debutat drept materie de invatamint pentru studentii anului III ai Facultatii de Medicina Sectia Stomatologie, la data de 22 Februarie 1992. Clinica de Psihiatrie, infiintata la inceputul anului 1991, isi propune a respecta traditiile asistentei psihiatrice caracteristice teritoriului dobrogean. Amintim in aceasta ordine de idei, pe predecesorii nostrii dr.Petrescu Constantin, medic primar psihiatru, care in anul 1964, in cadrul sectiei medicale a Spitalului regional Constanta, a pornit la "lupta" cu 30 de paturi. In perioada 1966 - 1968, sectia a functionat ca spital independent la Movila Sara, pentru ca in octombrie 1968 sa devina sectie a Spitalului Municipal. Din anul 1972, la cirna psihiatriei a Judetului Constanta se instaleaza dl.dr.Anatol Sandu, medic primar, care conduce sectia pina la pensionarea sa in anul 1986, an in care sectia capata gazduire in actualul sediu din localitatea Palazu Mare, pe malul lacului Mamaia.

La data de 1 Ianuarie 1992, prin infiintarea Sectiei Clinice de Nevroze, invatamintul universitar medical constantean isi insuseste o orientare determinista tridimensionala bio-psiho-sociala, conforma cu ideile psihiatriei nationale romanesti, ai carei promotori au fost mentionati si elogiati in cuprinsul lucrarii de fata.

ETIOPATOGENIA TULBURARILOR SI BOLILOR PSIHICE

- a)- ontogeneza umana si risc mintal :
- b)- factori de risc genetic (anomaliile autosomilor , anomaliile gonosomilor);
- c)- factori de risc congenital (factori toxici si carentiali factori fizici , factori infectiosi , alti factori de risc congenital);
- d)- normalitatea cronologica a dezvoltarii stadiale;
- e)- demodularea senzorio-motorie . factori de estimare a riscului mintal potential ;
- f)- virsta mintala si coeficientul de intelegenta .

a)- ONTOGENEZA UMANA SI RISC MINTAL

Insusirile fizice si psihice-sint factori ereditari - de fapt sint informatiile genetice inscise in cele 22 de perechi de cromozomi cuprinsi in fiecare celula somatica; fiecare dintre aceste celule somatice este inzeestrata in plus cu cite o pereche de cromozomi sexuali, XX pentru sexul feminin si XY pentru sexul masculin. Fiecare om este inzeestrat cu circa 1.000.000de gene. fiecare cromozom vehiculind circa 20.000 de factori ereditari.

Unele cauze, endogene sau exogene.e. pot conduce la perturbari in structurarea normala a fiintei in ovulatie, perturbariile biochimice fiind interpretate in psihiatrie drept o ENCEFALODISTROFIE, adica "o perturbare moleculara a nutritiei cerebrale". Aceasta cunoastere si interpretare ofera perspective de descifrare a semnificatiei factorilor eredo-congenitali in patologia-mintala.

b)- FACTORI DE RISC GENETIC

Anumite maladii psihice , printre care : oligofrenia , psihopatia , epilepsia, psihozele endogene si unele demente se pot transmite genetic in special cind ambii parinti sint afectati de o boala mintala endogena .

Exemple :

- schizofrenia se transmite recesiv in proportie de 10-15% cind este afectat unul dintre parinti si de peste 60% cind ambii parinti sint diagnosticati astfel;
- oligofrenia - in proportie de 50% cind unul dintre parinti este deficient mintal si de peste 80% , cind ambii parinti sint oligofreni .

Anomaliile autozomale cantitative se asociaza in mod constant cu tulburari grave in dezvoltarea psihica, iar anomaliile gonozomilor se asociaza cu dismorfisme somatice mai usoare, dar cu o jnai mare determinare in inadaptabilitatea sociala.

c)- FACTORI DE RISC CONGENITALI

Un termen mai exact ar fi "cauze eredo-congenitale".

In cursul perioadei de gestatie . pot interveni noxe , care ulterior vor duce la aparitia unor tulburari psihice .

Se pot enumera :

1.- Factori toxici si carentiali .

- ALCOOLUL - in cazul unei intoxicatii acute a congenitorilor in momentul procreatiei, sau o intoxicatie alcoolica a mamei in perioada sarcinii, se constituie drept un factor ce conduce la tulburari psihice . din cele mai vechi timpuri ale observatiilor empirice .

- EMOTIILE NEGATIVE - au de asemenea influenta negativa asupra calitatilor psihice ale viitorului produs de conceptie .

- **CARENTELE ALIMENTARE** - isi pot imprima si ele o amprenta negativa in acest sens , al dezvoltarii unor tulburari psihice dupa nastere .

- **CITOSTATICELE, ANTICONCEPTIALELE, BARBITURICELE** - toate acestea pot influenta negativ embriogeneza .

- **VITAMINELE SI ANTIBIOTICELE** - pot exercita influente nocive asupra produsului gestant : excesul de vitamina D2 conduce la hipercalcificari ale oaselor craniene si depozitari calcare in viscere ; excesul de vitamina K poate determina hiperbilirubinemii .

- **INTOXICATIILE PROFESIONALE** - prin oxid de carbon , tetraclorura de carbon , plumb , hidrogen sulfurat - si in general poluarea mediului ambiant , se pot constitui in factori patogeni embriofetali .

2.- Factori fizici.

- **RADIATIILE IONIZANTE** - pot acti^{S₁ - L₆}ona din prima saptamina, pina in luna a 6-a de viata intrauterina, cu efecte nutagene.

- **ALTI AGENTI FIZICI** - de exemplu cei din banda reverberatiilor infrasonice, creeaza posibilitatea unui risc congenital, dar fara certitudinea de a stii in ce masura si in ce grad.

3.- Factori infectiosi.

Mama, in timpul graviditatii, poate contracta diferite boli infecto - contagioase si virotice, boli care pot avea un rasunet negativ asupra dezvoltarii embrio - fetale. Astfel, putem semnal¹a:

- embriopatia toxoplasmozica si sifilitica.

Treponema palidum si infectia cu toxoplasma pot traversa bariera placentara si pot determina pe cale de consecinta embriopatii severe.

- embriopatia rubeolica. ^{1 3 4}

Daca apare in primele trei luni de sarcina produce ulterior dereglari psihice, dar dupa aceasta luna riscul este aproape disparut.

4.- Alti factori de risc congenitali.

- prematuritatea;

- distociile si hipoxiile, daca nu se insotesc de leziuni encefalice, de regula nu se constituie in factor de risc;

- factori utero - placentari, ca de exemplu traumatismele uterine pot conduce la leziuni de nat¹aura vasculara si in continuare la dezvoltarea embrio - fetala deficitara.

d).- NORMALITATEA CRONOLOGICA A DEZVOLTARII STADIALE.

C.I.Parhon a denumit stadialitatea evolutiei biologice prin termenul de "ilikibiologie", referindu-se in special la dezvoltarea activitatii psihice.

Biologia primei copilarii (0-3 ani) este dominata de maturizarea sistemelor morfo - functionale preexistente genetic in matritele moleculare, sisteme somatizate in decursul dezvoltarii embrio - fetale.

Inca din momentul nasterii psihogeneze evolueaza, aceasta petrecindu-se sub influenta directa modulator-formativa a comportamentului uman; se ajunge pina la diferentierea reflex-conditionata a limbajului.

Daca intelegem necesitatea acestei influentari modulator-formativa a comportamentului uman, atunci intelegem si semnificatia deosebita in care este pus copilul atunci cind este privat de comportamentul afectiv maternal, mai ales din primele zile.

Personalitatea umana cu diferitele ei nuanteri individuale, determinate de tipul de sistem nervos si educatie, se afla intr- o continua orientare adaptativa sub influenta interdependentei factorilor biologici si sociali. Deci daca se creeaza unele conditii biogene sau sociogene negative, atunci personalitatea umana poate prezenta si diferite situatii psihice dezadaptative, acestea putind fi reversibile sau ireversibile.

Aducind in discutie situatiile rare, dar cunoscute in literatura, cind unii copii au fost crescuti de catre animale, reamintim faptul ca acesti copii, cu toate

faptul ca aceasta scara a fost revizuita chiar de BINET, ajutat de Terman, apoi in 1937 se produce o noua revizie facuta de Terman si Merrill.

Pe baza acestei scari se apreciaza ca nivelul intelectual sub virsta de 3 ani ii caracterizeaza pe idioti, nivelul pina in 7 ani este caracteristic imbecililor, iar pentru debili mintali se ia in considerare virsta sub 10 ani.

In aceste cazuri inteligenta de mijloc se considera a corespunde virstei mintale de 13 ani.

O formula de calcul ar fi urmatoarea:

$$Q.I. = \frac{\text{virsta mintala} \times 100}{\text{virsta cronologica}}$$

Scarile metrice de inteligenta presupun o estimare globala a personalitatii fiecarui individ in parte, ceea ce face suficient de dificila interpretarea lor. Observind aceasta situatie W. Stern in anul 1912 a creat notiunea de "ci.intelectual" acesta fiind de fapt un produs al impartirii dintre factorii de virsta cronologica.

Dar, nici aceasta situatie nu a rezolvat definitiv problema, astfel incit in anul 1933 DAVIS inlocuieste termenul de Q.I. cu acela de "indice de abilitate in rezolvarea problemelor". Dar nici aceasta notiune de "abilitate nu rezolva posibilitatea, sau , mai bine zis, imposibilitatea standardizarii personalitatii umane.

In realitate, persoana umana trebuie privita in intregul ei ansamblu bio - psiho - social, inclusiv cu implicatiile ideo - afective oferite la prezent, in examinarea directa.

**CRITERII DE TERAPEUTICA PSIHIATRICA,
BIO SI PSIHOTERAPIE.**

Dr.. BOGDAN DUMITRESCU, medic primar psihiatru

- Sef de lucrari la Facultatea de Medicina -

- CONSTANTA -

I. BIOTERAPIA

- 1.- Bioterapie hipno - sedativa nespecifica.
- 2.- Terapie patogenica prin soc biogen
 - bioterapie prin soc necomatogen (PIRETOTERAPIA)
 - bioterapie prin soc comatogen.
- 3.- Bioterapie prin somn prelungit.
- 4.- Chimioterapie predominant encefalotropă (PSIHOTROPA)

II. PSIHOTERAPIA

- 1.- Psihoterapie arhaica.
- 2.- Psihoterapie "miraculoasa".
- 3.- Psihoterapie izvorita din procedurile sugestive sau hipnotice.
- 4.- Psihoterapie prin proceduri inductive catarsice.
- 5.- Psihoterapie analitica (psihanalitica).
- 6.- Psihoterapie prin procedura de relaxare (naracoanaliza, procedeul YOGA, procedeul Mitchell, procedeul Schultz, - "training autogen", procedeul Jacobson, procedeul Coue).
- 7.- Psihoterapie prin proceduri persuasive "rationale" sau "psihologice".
 - permisiunea rationala;
 - procedurile psihologice.
 - psihoterapie comportamentala ;
 - psihoterapie familiei.
- 8.- Psihoterapie integratoare (ergo si socio - terapie).
 - psihoterapie prin procedura interrelatiilor de grup;
 - procedeul psihodramatic Moreno ;
 - psihoterapie complexa de integrare socio-profesionala.

Techirghiol - Martie 1992.

CLASIFICAREA BOLILOR PSIHICE

- a) - BIOPSIHOTIPOLOGIE si PATOLOGIE MINTALA
- b) - SCHEMA de CLASIFICARE NOSOLOGICA TRIDIMENSIONALA
- c) - CLASIFICATIA O.M.S. a BOLILOR MINTALE (revizia a IX -a C.I.B.).

a) - BIOPSIHOTIPOLOGIE si PATOLOGIE MINTALA.

Biopsihotipologia defineste variabilitatea structurala a personalitatii fiecarui individ in parte.

Din cele mai vechi timpuri, indivizii s-au deosebit intre ei prin diferite particularitati, atat de ordin biologic, cit si, mai ales psihologic.

Primul care a sesizat aceste deosebiri esentiale, ba mai mult, chiar a attentionat asupraa existentei acestora, a fost HIPOCRATE, supra numit pe drept "parintele medicinei". El a excelat, din acest punct de vedere, prin descrierea riguroasa a diferitelor tipuri de temperament, descriere cu rezonanta de rigurozitate pina in vremurile moderne.

In ultimile decenii, numele unor ilustri savanti - medici, ca PAVLOV, KRETSCHMER si, la noi in tara, CONSTANTIN PARHON se impun atentiei in domeniul vast, dar precis, al biopsihotipologiei.

De fapt, care este secretul acestei biopsihotipologii, cu rezonanta practica imediata. Diferentierea care se poate face este pe 3 directii :

1.- tipul picnic sau constitutia picnea (*Picnic*)

(sau endomorfa, sau digestiva), care se caracterizeaza printr-o structura indesata, cu craniul rotund, gatul scurt, brohicefalic, abdomen voluminos cu tendinta la obezitate; temperamentul care insoteste aceasta constitutie este un temperament extrovertit - dupa JUNG, sau sinton - dupa BLEULER, cu reactii afective de tip ciclotim, definite de KRETSCHMER, care corespund tipului de sistem tare, echilibrat, mobil (PAVLOV) sau temperamentului sanguinic, deschis inca de HIPOCRATE.

2.- tipul sau constitutia atletica, (*Atletic*)

cu musculatura hipertrofica, structura somatica bine proportionata, cu reactii afective retinute de tip schizotim (KRETSCHMER), sau cu adezivitate afectiva si explosivitate coleroasa epileptoida; corespunde tipului de sistem nervos tare, echilibrat, inert - dupa PAVLOV, sau temperamentului coleric, dupa HIPOCRATE.

3.- constitutia sau tipul leptosom

descrie de KRETSCHMER, sau longilina dupa PENDE, cu membrele mult alungite fata de trunchi, cu traiuri interiorizate, intravertit - dupa JUNG, autist - dupa BLEULER, schizotism - dupa KRETSCHMER; el corespunde tipului de sistem nervos slab al lui PAVLOV, sau temperamentului trist al lui HIPOCRATE.

Toate aceste trei tipuri sau constitutii somatopsihice se pot prezenta astfel dupa cum au fost descrise, sau intr-o mare varietate de combinatii intermediare. In ceea ce priveste legatura cu anumite boli psihice, tipul picnic predomina in cazul psihozelor maniaco - depressive (P.M.D.), iar tipul leptosom sau atletic se intilneste frecvent in schizofrenie.

In conformitate cu conceptul biopsihotipologic, personalitatea este o expresie vectoriala a particularitatilor psihice ; ea variaza dinamic si, totodata, unitar pe o scala nelimitata, datorita a 3 factori:

- a).- particularitatile pe care i le confera trasaturile temperamentale, care sint innascute;
- b).- trasaturile caracteriale, modulate prin educatie;

c).- capacitatea fiecarui individ in parte de a-si comuta procesele de gindire in actiuni sau inactiuni deliberate, prin care se realizeaza de fapt atitudinea corespunzator - sau necorespunzator - integrata fata de lume si viata.

Concluzionind, sanatatea mintala constituie o expresie dinamica si unitara a determinismului bio-psiho-social.

b) SCHEMA de CLASIFICARE NOSOLOGICA TRIDIMENSIONALA

I. REACTIILE de CONVERSIUNE PSIHOGENA - apar ca o expresie motivationala a refugului in boala. Sint generate de :

- contrarietati afective;
- aspiratii si interese frustate;
- prin imitatie .

Ele mimeaza cit mai vizibil tulburari functionale de tip neurologic, psihic sau visceral (care de fapt nu exista).

Se remita spontan (prin autoanularea semnificatiei motivationale a refugului in boala) sau sub influenta persuasiunii contrasugestive.

Se dezvolta - de regula - pe fondul premorbid al unei personalitati disarmonice predominant egofile sau hipofrene - prin inductie auto sau heterosugestiva.

II. NEVROZELE - se dezvolta ca psihogenii neintentionale pe fondul premorbid al unei personalitati disarmonice predominant egofobe.

Se caracterizeaza prin contractura penibila ideo - afectiva cu prevalente obsesivo - fobice sau cenesiopatice. Discernamintul si sentimentele etice ramin nealterate.

Se clasifica in :

1.- nevroza vera - declansata psihotraumatic

2.- sindroamele nevrotiforme - tulburarile sint induse prin consens viscero

- umoral ; etiologia este hipolara psiho- somatica;

3.- reactiile de tip nevrotic - fara semnificatie patologica propriu - zisa .

III. PSIROPATILE - dizarmonii cronice ale unor personalitati egofile; fara capacitate de frinare a pornirilor instinctiv - emotionale, cu o mare defectivitate a sentimentelor etice, ajungindu-se pina la apogenezie morala.

Distingem:

1.- psihopatia vera sau psihopatia de nucleu, innascuta sau dobindita prin diverse cauze encefalo - abiotrofizante - se manifesta din perioada adolescentei;

2.- sindroamele psihopatolde (psihopatiforme), secundare unor cauze de suferinta cerebrala.

3.- caracteriopatiile si tulburarile de comportament infantilo - juvenil.

IV. HIPOFRENIILE, sint deficite marginale ideo - afective si de conduita. Hipofrenia prezinta de fapt o trasatura dizarmonica a personalitatii.

V. OLIGOFRENIILE, care sint deficiente mintale de natura eredo - congenitale sau consecinte ale unor suferinte encefalice aparute in prima copilarie. Se impart in : debilitate mintala, imbecilitate si idiotie.

VI. PSIHOZELE, se constituie intr-un grup neomogen de boli si sindroame cu etilogie si evolutii diferite. In aceste cazuri se modifica atit comportamentul cit si discernamintul asupra faptelor proprii. Se impart in :

1.- Psihoze hipertimice sau afective cu polarizare euforica maniacala, depresiv - melancolica sau maniaco - depresiva.

2.- Psihoze hipotimice discordante (schizofrenia sau psihoza discordanta), care se manifesta prin indiferentism si instrainare fata de mediu si fata ade propria persoana; se produce si o disociere a functiilor de cunoastere. Exista urmatoarele forme: hebefrenia, catatonie si schizofrenia paranoia.

3.- **Psihoze** paralogice sistematizate. Se dezvoltă progresiv tematici delirante sistematizate, care sînt susținute de pacienți fără posibilitate de contrazicere din partea interlocutorului.

Toate aceste 3 maladii se pot încadra sub titlul generic de **PSIHOZE PREDOMINANT ENDOGENE**.

PSIHOZELE PREDOMINANT EXOGENE apar ca urmare a unor suferințe encefalice sau secundare, de focar sau de sistem, provocate prin **cauze** traumatice, toxice, infectioase sau virotice.

Există și **PSIHOSINDROAME ENDO - EXOGENE** care se caracterizează prin tulburări ale funcțiilor de reglare umorală, endocrină și nervoasă.

VII. DEMENTELE, procese cu involuție progresivă a funcțiilor de cunoaștere și afective, cu predominantă tulburărilor de memorie, credulitate și puerilism.

C). CLASIFICAREA O.M.S. a BOLILOR MINTALE (revizia a IX-a CIB).

COD	Denumirea bolilor	Correspon- dența cu tabelul analitic.
1	2	3
210	Starile psihotice organice, senile și presenile - demența senilă, formă simplă - demența presenilă - demența senilă formă depresivă sau delirantă - demența senilă cu stare confuzională delirantă - demența arteriopatică - altele - fără precizare (FAI)	290 0 1 2 3 4 8 9
213.0	Psihozele alcoolice: - delirium tremens - psihoza Korsakov alcoolică - alte demențe alcoolice - alte stări halucinatorii alcoolice - betie patologică - delirul alcoolic de gelozie - altele - fără precizare	291 0 1 2 3 4 5 8 9
213.1	Psihozele datorite drogurilor: - sindromul datorit întreruperii administrării de drog - stări delirante și halucinatorii datorite drogurilor - formă patologică de intoxicație prin droguri - altele - fără precizare	292 0 1 2 8 9
213.1	Stări psihotice organice tranzitorii : - stări confuzionale acute - stările confuzionale subacute - altele - fără precizare	293 0 1 8 9
213.1	Alte stări psihotice organice (cronice) - psihoza sau sindromul Korsakov (nealcoolice) - demența asociată afecțiunilor clasate în alta parte - altele - fără precizare	294 0 1 8 9

211	Psihozele schizofrenice : - forma simpla - forma hibefrenica - forma catatonica - forma paranoia - episodul schizofrenic acut - schizofrenia latentă - schizofrenia reziduală - forma schizo - afectivă - altele - forma neprecizată	195	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
212	Psihozele afective : - psihoza maniaco - depresivă, formă maniacală - psihoza maniaco - depresivă formă depresivă - psihoza maniaco - depresivă, formă circulară, în perioadă maniacală - psihoza maniaco - depresivă, formă circulară, în perioadă depresivă - psihoza maniaco - depresivă, formă circulară mixtă - psihoza maniaco - depresivă, formă circulară, starea actuală nefiind indicată - alte psihoze maniaco - depresive și fără precizare - alte psihoze afective - fără precizare	296	0 1 2 3 4 5 6 8 9
213.1	Starile delirante : - starea delirantă, formă simplă - paranoia - parafrenia - psihoza indusă (folia în doi) - altele - fără precizare	297	0 1 2 3 8 9
213.1	Alte psihoze neorganice: - formă depresivă - starea de excitație - confuzia reactivă - accesele (bufeurile) delirante - psihoza delirantă psihogenă - altă psihoza reactivă și neprecizată - psihoza neprecizată	298	0 1 2 3 4 8 9
213.1	Psihozele specifice copilăriei: - autismul infantil (sindromul Kanner) - psihoza dezintegrativă (sindromul Heller) - altele (psihoza infantilă atipică) - fără precizare / psihoza la copii)	299	0 1 8 9
214.0	Tulburările nevrotice : - starile anxioase - isteria - starile fobice - tulburările obsesive și compulsive (nevroza anancastică) - depresiunea nevrotică (depresiunea anxioasă) - neurastenia - sindromul de depersonalizare (derealizarea nevrotică) - hipocondria - alte tulburări nevrotice - fără precizare	300	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

217	Tulburarile de functionare fiziologica de origine psihica: - osteo - musculare (torticolis psihogen) - respiratorii - cardio - vasculare - cutanate - gastro - intestinale - genito - urinare - endocriniene - senzoriale (cu exceptia surditatii siccitatii isterice-300.1) - altele - fara precizare	306 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
219	Simptomele sau tulburarile speciale neclasate inalta parte: - bilbiitul - anorexia mintala - ticurile - miscarile stereotipe - tulburarile somnului de origine neorganica (cind nu se poate face un diagnostic mai precis: cosmaruri hipersomnie, insomnie, inversiunea ritmului de somn, somnambulismului, spaima nocturna) - altele (tulburari de alimentatie sau cele neprecizate-de origine neorganica-cind nu se poate face un diagnostic mai precis; bulimie, pierderea apetitului.Pica (apetit denaturat), tulburari de alimentatie ale copilului,vomismentele psihogene. - enurezis (primar sau secundar de origine neorganica) - encropezis (continuu sau discontinuu)de origine neorganic - psihalgiiile (cefalee psihogena, dursalgie psihogena) - altele si fara precizare (nu se recomanda :smulgerea parului, masturbatia, onicofagii,sugerea pollicelui, zazaiala)	307 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
219	Starile reactive acute la o situatie exceptionala - de grea incercare (cu o durata de ore sau zile): - cu tulburari predominante ale afectivitatii - cu tulburari predominante din partea constiintei - cu tulburari predominante din partea psihomotricitatii - altele - mixte - fara precizare	308 0 1 2 8 4 9
219	Tulburari de adaptare: (tulburari reactive prin stress important, cu o durata de citeva luni) - reactia depresiva scurta - reactia depresiva prelungita - cu alte tulburari predominante ale afectivitatii afara de cele depresive (anxietate anormala de separare, soc cultural) - cu tulburari predominante de conduita - altele - fara precizare	309 0 1 2 3 8 9
219	Tulburarile mintale specifice nepsihotice, consecutive la o leziune cerebrala organica : - sindromul frontal (sindromul post - leucotomie) - modificarile intelectuale sau ale personalitatii de alt tip (psihosindromul organic nepsihotic) - sindromul post traumatic (comotional sau contuzional) - altele (tulburarile care se aseamana cu sindromul post traumatic asociate cu o boala infectioasa sau alta a creierului sau a tesuturilor anexe) - alte psihosindroame organice focalizate (pariale)	310 0 1 2 8 9

219	Tulburările depresive neclasate în alta parte	311
219	Tulburările de comportament neclasate în alta parte comportament anormal agresiv, distructiv și delincvent: - tulburările de conduită manifestate individual (solitar) - tulburările de conduită în grupă (delincvență de grup) - tulburările de conduită de natură convulsională - tulburările mixte de conduită și de afectivitate (delincvență nevrotică sub formă de spaimă, primejdii sau obsesii) - altele - fără precizare	312 0 1 2 3 8 9
219	Tulburările de afectivitate specifice copilăriei - sub formă de neliniște și teamă - sub formă de tristete și chinuri morale - cu hipersensibilitate, timiditate și retragere socială - sub formă de dificultăți relaționale (include și gelozia familială) - altele sau mixte - fără precizare	313 0 1 2 3 8 9
219	Instabilitatea copilăriei: - perturbarea simplă a activității și a atenției (include hiper reactivitatea F.A.I.) - instabilitatea cu întârzierea dezvoltării - tulburările conduitei legate de instabilitate - altele - fără precizare	314 0 1 2 8 9
219	Întârzieri specifice ale dezvoltării - întârzierea specifică a lecturii (include dislexia funcțională, dificultăți specifice de ortografie) - dificultăți specifice la calcul (discalculia) - alte dificultăți specifice de însușire școlară - tulburările de dezvoltare a vorbirii și graiului (afazia de dezvoltare, dislalia) - întârzierea specifică a motricității (stingăcia, sindromul dispraxic) - tulburările mixte de dezvoltare - altele - fără precizare	315 0 1 2 3 4 5 8 9
219	Factori psihici asociați cu afecțiunile plasate în alta parte - (tulburările mintale sau factorii psihici de orice natură, presupuși a juca un rol major în etiologia afecțiunilor somatice care comportă în mod obișnuit leziuni ale țesuturilor clasificate în alta parte); dacă este necesar se va utiliza un al doilea cod suplimentar pentru a identifica afecțiunea somatică, ca de exemplu: - astm psihogen 316 și 493.9 - colită mucoasă psihogenă 316 și 564.1 - colită ulceroasă psihogenă 316 și 556 - dermită psihogenă 316 și 692 - eczema psihogenă 316 și 691 sau 692 - nanismul psiho - social 316 și 259.4 - ulcerul gastric psihogen 316 și 531 - urticaria psihogenă 316 și 708	316
218.0	Înăpolarea mintală ușoară (debilitatea mintală, deficiența mintală) Q.I. 50 - 70	318
218.1	Alte întârzieri (înăpoleri) mintale cu nivel precizat - întârzierea mintală mijlocie (imbecilitatea); Q.I. 35 - 49	318 0

218.2	- intirzierea mintala grava; Q.I. 20 - 34	1
	- intirzierea mintala profunda (idiotia; Q.i. sub 20)	2
218.3	Inapoierea mintala cu nivel neprecizat (insuficienta mintala FA I)	319

SEMILOGIE PSIHIATRICA

I.- ASPECTE ale PSIHISMULUI intr-o PERSPECTIVA DINAMICA:

- 1.- perspectiva sincrona a psihismului ;
- 2.- perspectiva motivational - comportamentala ;
- 3.- aspectul structural diacron.

II.- PROCESELE COGNITIVE (sau PROCESELE de CUNOASTERE)

- 1.- senzatiile si perceptiile ;
- 2.- teoria neuro - cibernetica a perceptiei;
- 3.- dezvoltarea proceselor de cunoastere.

III.- PSIHOPATOLOGIA CIMPULUI PERCEPTIV.

- 1.- hiper si hipoesteziile senzoriale;
- 2.- tulburarile de analiza si sinteza;
- 3.- tulburarile de sinteza psihosenzoriala.

I. ASPECTE ALE PSIHISMULUI INTR-O PERSPECTIVA DINAMICA

Psihismul se caracterizeaza prin urmatoarele tendinte:

- 1.- tendinta interna spre organizare ;
- 2.- evolutivitatea, care se explica prin faptul ca psihicul se elaboreaza si se dezvolta in cadrul interactiunii individului cu lumea inconjuratoare.

Putem conchide deci, ca psihicul este un sistem evolutiv, inzestrat cu auto organizare.

Componentele structurale de baza ale sistemului psihic.

Delimitarea structurilor psihice are un caracter relativ si conventional, pentru ca psihicul caracterizeaza prin integralitatea si unitatea sa. Niciodata nu se intalnesc procese izolate, toata aceasta schematizare fiind dictata numai si numai de necesitati didactice.

Pentru echilibrarea optima cu mediul si pentru realizarea finalitatii proprii (scopului propriu), individul trebuie sa dispuna de capacitatea de a inregistra, prelucra si stoca informatiile venite din mediul extern. In al doilea rind, el trebuie sa dispuna de mecanisme de selectare si utilizare a informatiei astfel extrase, in concordanta cu starile sale de necesitate.

In al treilea rind, trebuie sa dispuna de o baza motivationala suficient de larga, care sa-i permita si sa-i asigure asimilarea unui volum cit mai mare de afluente.

Astfel se diferentiaza si se elaboreaza principalele structuri psiho - comportamentale. Activitatea si expresivitatea umana nu sint explicabile prin simple reflexe, ci se bazeaza pe deliberare si motivatie.

Iata deci, ca de la **MOTIVATIE - DELIBERARE - PROIECT**, prin **DECIZIE - ANGAJARE**, ce se traduce printr-un act sau comportament, prin expresie si prin limbaj se ajunge de fapt la **COMUNICARE**.

Toate aceste functii fac parte din aspectul **VOLITIV** al persoanei, constituind ceea ce de obicei se intelege prin **VOINTA**.

MOTIVATIA, la rindul ei, se elaboreaza pe baza unor functii si modele psihice, ca :

- instinctele si pulsunile ;
- afectivitatea ;
- angajarea axiologica (in primul rind angajarea morala).

Acestea sint **FUNCTIILE COMATIVE**, care energizeaza psihismul, il directioneaza si il pun in miscare.

Dar, pentru elaborarea motivatiei, este necesara cunoasterea lumii; aceasta se face prin **FUNCTIILE COGNITIVE** (sau **FUNCTIILE de CUNOASTERE**), functiile care sint urmatoarele:

- perceptia ;
- senzatia;
- memoria;
- atentia;
- gindirea;
- inteligenta;
- imaginatia.

TEMPERAMENTUL si **CARACTERUL** intervin si ele in elaborarea motivationala si in organizarea actiunii.

Schema nivelelor ierarhice :

- nivelul instinctiv;
- nivelul afectiv;
- nivelul intelectual ;
- nivelul volitiv si comportamental;
- nivelul axiologic si caracterologic.

Nivelele cele mai joase ar fi cele mai primitive, in sens filogenetic si structural. Ele au o desfasurare mai ritmica, mai innascuta, sint mai apropiate din punct de vedere biologic si mai putin specifice omului.

Nivelele superioare sint mai diferite, mai elaborate si, pe cale de consecinta, mai umane.

Deci, acest model structural -gu tine seama de dinamismul vietii persoanei si nu ci de constiinta sa (de aceea ea poate fi denumita drept perspectiva sincrona, statica - psihismului).

Perspectiva dinamica, diacrona :

Persoana umana trebuie intelesă ca o unitate dinamica, dialectica, ce se desfasoara de-a lungul timpului, evoluind si transformindu- se continuu. In afara de curba biologica, viata se desfasoara si dupa alte linii directoare de fata - este vorba despre liniile psihologice.

PSIHOGENEZA - se realizeaza paralel cu dezvoltarea corpului si a creierului prin aparitia si dezvoltarea succesiva a functiei psihice, conditionata in mod permanent cu contactul si comunicarea interpersonală.

Toata definitia vietii psihice trebuie privita dinamic, ea nu este o dimensiune data, ci pot apare - si apar 1 - situatii tensionale, conflicte de alegere, conflicte cu lumea, cu sine insusi - situatii pe care omul - depasindu-le - se maturizeaza si psihic se imbogatesteste continuu.

Toate acestea, adica tensiunea de realizare, conflictul ce trebuie rezolvat, framintarea, toate fac parte din normalitatea vietii psihice.

Viata omului este o istorioara si o desfasurare de-a lungul timpului si privind dinamic, facem distinctia intre psihismul omului la un moment dat, in prezent, in momentul actual - **PERSPECTIVA SINCRONA** a **PSIHISMULUI**, vazuta printr-o sectiune transversala - si o alta perspectiva, perspectiva psihismului ca motivatie, deliberarea si comportament - **PERSPECTIVA MOTIVATIONAL - COMPORTAMENTALA**.

O alta perspectiva, ca istorie si structura, cu o anumita existenta de-a lungul timpului, cu un anumit sens existential, cu o anumita organizare structurala a functiilor psihice, o anumita caracteriologie si conceptie despre lume, este **ASPECTUL STRUCTURAL DIACRON** (printr-o ipotetica sectiune longitudinala).

II. PROCESELE COGNITIVE (sau PROCESELE de CUNOASTERE)

Din punct de vedere psihologic si operational cunoasterea este privita in sens larg, ca un proces de extragere si prelucrare a informatiei despre starile lumii exterioare si ale propriului nostru EU.

Cunoasterea se desfasoara ca o solutie de comunicare bilaterala, comunicare intre subiectul cunoasterii si obiectul cunoasterii.

A cunoaste nu inseamna a copia realul, ci cunoasterea presupune si include o actiune asupra realului, cu tendinta de a transforma acest real. Omul realizeaza procesul de cunoastere intr-un cadru deosebit, cadru asigurat de limba si cultura. Astfel, procesul de cunoastere umana ajunge sa devina o cunoastere abstracta, nationala si conceptuala.

I. SENZATIILE si PERCEPTIILE.

Functionarea inteligentei, care putem spune ca prezideaza cunoasterea realitatii, nu poate fi conceputa fara obtinerea nemijlocita a informatiilor din lumea inconjuratoare. Organele de simt, care sint organe specializate, decodaza informatia receptionata si o recodeaza, transmitind-o pentru prelucrare la nivel cortical.

SENZATIILE - reprezinta integrarea psihic - fiziologica a unor informatii nediferentiate. Senzatiile sunt forma cea mai elementara si mai simpla, prin care se reflecta o insusire a mediului in constiinta noastra.

Intre senzatii si perceptii, raportul este de nivel de complexitate. Senzatiile reprezinta materia nediferentiata si neorganizata a perceptiilor, ele corespunzind unor particularitati ale unui obiect sau ale unui fenomen.

Excitatie primara devine senzatie in momentul in care, transformata in energie nervoasa ajunge in scoarta si este simtita in momentul in care luam cunostinta de ea.

Senzatiile sunt o reflectare simpla, de exemplu culoarea unui perete, o senzatie de tact. Ea nu formeaza date complexe, dar este foarte dificil de a avea senzatii izolate (la sugari ar putea oare fi vorba despre senzatii elementare ?).

PERCEPTIA - este o reflectare in psihism a obiectelor si fenomenelor lumii inconjuratoare ! ACUM si AICI. Ea se realizeaza in cadrul cimpului de constiinta. Perceptia reprezinta "mult mai mult decit suma senzatiilor". In formarea ei joaca rol nu numai excitatiile actuale ale diferitelor organe de simt, ci si experientele mai vechi, pe care le avem deja in raport cu obiectul sau fenomenul respectiv.

➤ Spre deosebire de senzatii, care reflecta fragmentar si partial unele elemente ale obiectelor si fenomenelor, perceptiile cuprind obiectul prezent in totalitatea lui, cu toate insusirile lui. Deci, perceptia este o reflectare unitara, de totalitate si, in acelasi timp, o reflectare subiectiva. Perceptia nu este un simplu corespondent al stimulilor si analizatorilor, ci este o adevarata rezultanta a intalnirii dintre ele (**ALROSCA**).

Perceptia reprezinta reflectarea in constiinta a unor informatii exterioare actuale, structurate ca forma si semnificatie, corespunzind obiectelor sau fenomenelor lumii inconjuratoare.

Perceptia este capacitatea de a cuprinde elementele prezentului, de a reflecta realitatea inconjuratoare, cu ajutorul organelor senzoriale. Perceptia nu este o simpla reflectare, ci este un fapt de sinteza, de traire psihologica, o sinteza psihologica extrem de complexa. Este o functie dinamica, functie ce include in mod permanent selectare,

in modalitatile in care se prezinta cerintele imediate ale persoanei si in functie de experienta sa anterioara.

Perceptia este strins legata de celelalte procese cognitive, precum si de afectivitate, de care depind interesul si dispozitia momentana, precum si emotia. In realizarea perceptiei intervin atentia si vointa, iar premiza majora a unei perceptii optime o reprezinta constiinta, in special prin stare de veghe.

Perceptia in sine, este si ea in realitate o abstractie teoretica, o schema pur artificială - mai mult didactica - pentru ca ceea ce exista de fapt sint numai comportamente si conduite (denumite perceptive), in masura in care sint centrate pe reflectarea obiectelor si fenomenelor inconjuratoare, cu ajutorul simturilor.

Senzatiile si perceptiile se supun anumitor legi.

Exista un anumit prag, peste care aceste procese elementare devin procese clare si utile. Acest prag este dependent de unele conditii fiziologice si morfologice:

a).- conditiile fiziologice depind de :

- intensitatea excitantului.

Pragul de perceptie - este intensitatea minima care trezeste o senzatie, si pragul diferentiat este cel care stabileste raportul cantitativ necesar schimbarii senzatiei avute.

- durata actiunii excitantului.

b).- conditiile morfologice - sint reprezentate de premisa anatomica, continand aici integritatea analizatorului, deoarece analizatorii sint organe complexe si dinamice, care poseda capacitatea de acomodare si de progres.

Perceptia are un continut care este in raport cu natura si calitatile obiectului real si un colorit afectiv, colorit de fapt nu-i apartine, dar care i se asociaza in mod obligatoriu.

Parametrii in care se incadreaza perceptiile sint spatiul si timpul.

Percepem lumea ca fiind ordonata spatial, iar obiectele perceptiei sint plasate in spatiu, cu caracteristicile lor de forma, marime, relief, distanta, directie a deplasarii. Din acest punct de vedere, legile perceptiei ar corespunde cu legile geometriei.

Integrarea temporală - se refera la faptul ca timpul prezent intervine ca moment al realizarii perceptiei.

Conditiiile perceptiilor depind in larga masura de virsta persoanei, starea functionala a organismului, cunostintele anterioare legate de obiectul perceptiei, interesul si dispozitia momentana.

Perceptiile s-ar putea clasifica in perceptii neintentionate si perceptii intentionate, voluntare sau dirijate, care stau de fapt la baza fondului - sau volumului - de cunostinte.

2. TEORIA NEURO - CIBERNETICA a PERCEPTIEI.

Sistemul nervos este considerat ca fiind un agregat de neuroni, iar fiecare neuron la rindul sau poate fi considerat un calculator.

Din punct de vedere cibernetic, sistemul nervos este conceput (sau comparat) cu o retea de neuroni, care au o serie de intrari si iesiri, prin care se primesc si apoi se emit informatii.

Locul de patrundere a informatiei, denumit si RECEPTOR, este reprezentat de organul de simt, respectiv, care este un organ morfo - functional complex. Dupa calitatile si posibilitatile lor de receptie, receptorii se impart in :

a).- chemoreceptori (gustativi si olfactivi);

b).- mecanoreceptori (in piele, mucoase, articulatii si muschi);

c).- receptori sensibili la radiatiile electromagnetice (foto si termoreceptori).

Transmiterea informatiei de la receptorii respectivi la cortex reprezinta un proces de prelucrare succesiva, proces care se realizeaza prin trecerile care au loc din statie in statie - si operatia de filtrare, prin care, cu ajutorul conexiunilor inverse, se

realizeaza controlul influxului si astfel se fac unele corectari, in cazul unor eventuale erori. La nivel cortical, mesajele sint corelate in grupari configurationale, temporo - spatiale. Acest proces presupune o permanenta operatie de sinteza.

Prin prelucrarea influxului (impulsului) primit la nivelul capatului central al fiecarui analizator, acest influx este transformat in perceptie. PIAGET precizeaza ca se cunosc doar partial aceste mecanisme la nivelul sistemului nervos central.

3. DEZVOLTAREA PROCESELOR de CUNOASTERE.

Dezvoltarea proceselor de cunoastere depinde de urmatoarii factori :

- de dezvoltarea substratului - morfo - functional (S.N.C.);
- de conditiile socio - familiale, de mediu, in care creste copilul.

a). In perioada anteprescolara (1 - 3 ani), dezvoltarea perceptiei se face global si rudimentar (se percep elementele cele mai simple si cele mai constante ale mediului).

b). La virsta prescolara (3 - 6 ani), se produce o nuantere a perceptiilor, in diversificare sub raportul culorii si al formei, cu preponderenta elementului concret. Dezvoltarea trebuie exersata prin activitate manuala, apoi prin limbaj. Intre 4 - 6 ani este necesara o dirijare sistematica a dezvoltarii perceptiilor, fapt care va duce in final la EDUCATIA SENZORIALA, prin jocuri educative, prin observarea lucrurilor, prin desene de observatie, si altele.

In aceeasi perioada, perceptia spatiului si a timpului ramine inca aproximativa si labila.

c). La virstaa scolara mica (6 - 10 ani), se dezvolta spiritul de observatie si se largeste sfera senzoriala, cu preponderenta cea vizuala.

d). La pubertate creste evident acuitatea senzoriala generala, cu predominenta cea vizuala; acum perceptiile devin mai vii si mai intense.

e). La adolescenta, prin maturizare se atinge deplina dezvoltare a functiilor perceptive, functii care la adult se vor perfectiona in special in functiile de profesiune aleasa si exercitata.

f). In perioada involutiva, activitatea perceptiva scade; incepe a se manifesta o lentoare, o imprecizie, o cuprindere mai dificila in special a stimulilor noi.

PSIHOPATOLOGIA CIMPULUI PERCEPTIV

- 1.- hiper si hipoesteziiile senzoriale;
- 2.- tulburarile de analiza si sinteza;
- 3.- tulburarile de sinteza psihosenzoriala.

Tulburarile de perceptie se clasifica astfel :

A. Dupa cresterea sau scaderea intensitatii perceptiilor, cauzata scaderea sau cresterea pragului de excitabilitate al analizatorului:

- 1.- HIPERESTEZIILE SENZORIALE.
- 2.- HIPOESTEZIILE SENZORIALE.

B. Tulburarile de analiza si sinteza, in directia integrarii stimulilor complecsi:
- AGNOZIILE.

C. Alte tulburari:

1. ILUZIILE
2. HALUCINATIILE
3. TULBURARI DE SINTEZA PSIHOSENZORIALA, care se refera la :
 - a).- integrarea spatiala;
 - b).- integrarea schemei corporale;
 - c).- tulburari ale traiirii in timp.

A. 1. HIPERESTEZIA SENZORIALA.

Hiperestezia senzoriala reprezinta o sensibilitate crescuta din partea organelor de simt (si a nivelelor de integrare senzoriala) fata de stimuli. Reprezinta un nivel crescut al intensitatii perceptiei, fata de stimulul normal.

Se datoreste de obicei scaderii pragurilor de perceptie si este registrataa ca suparatoare de catare bolnav. (De ex.: nu suporta lumina, zgomotul pasilor, inchiderea unei usi).

Hiperestezia poate apare in :

- a).- oboseala;
- b).- cerebrastenii;
- c).- unele nevroze - neurastenice, nevroza anxioasa;
- d).- diverse intoxicatii - cu psihostimulatoare ca benzedrina, cofeina, etc;
- e).- meningita;
- f).- debutul starilor confuzive.

Hiperestezia, pe planul senzatiilor interoceptive, determina anestopatia, adica un sentiment de disconfort corporal, de jena, de apasare.

2. HIPOESTEZIA SENZORIALA.

Hipoestezia senzoriala reprezinta o scadere a sensibilitatii la excitantii externi si se datoreaza ridicarii pragului de excitabilitate. Mai poate fi definita ca o greutate si incetinirea in perceperea ambiantei. Hipoestezia senzoriala se intilneste in

- a).- perioadaa de surmenaj ;
- b).- stari depresive - bolnavi inhibati psihomotor, cu o stare de deprimare afectiva, lipsiti de atentie si pregatire afectiva;
- c).- starile dementiale;
- d).- schizofrenia catatonica;

e).- stari de convalescenta.

3. ANESTEZIA.

Anestezia inseamna abolirea acuitatii senzoriale. Ea survine de obicei in :

- a).- afectiuni neurologice, ca efect al lezarii cailor sensibilitatii generale;
- b).- unele boli psihice, ca neuroze - neuroza isterica, oligofrenii, demente.

Se intilneste si ANESTEZIA AFECTIVA, in depresii, sau ANESTEZIA PSIHICA DUREROASA, care este de fapt mai mult o tulburare de afectivitate, in care bolnavul nu mai poate raspunde adecvat impresiilor externe, venite din afara.

B. AGNOZIILE

Agnoziile sint leziunile cerebrale in focar, legate de lezarea capatului central al analizatorului respectiv. Ele constau din lipsa capacitatii de integrare a elementelor senzoriale, intr-un tot corespunzator obiectului.

Agnozia este de fapt imposibilitatea de a recunoaste si identifica un obiect sau un material. Nu este nici o tulburare a organelor de simt, nici o tulburare de constiinta, dar bolnavul nu recunoaste obiectul.

Dupa analizatori, agnoziile se impart in :

1.- AGNOZIILE VIZUALE

- PARAGNOZIA sau AGNOZIA OBIECTELOR CONCRETE, in care bolnavul este incapabil sa recunoasca vizual obiectul care i se prezinta;
- AGNOZIA CULORILOR, datorata unor leziuni in aria 19 occ.
- ALEXIA LITERALA, sau ALEXIA CUVINTELOR;
- ACALCULIA, sau ALEXIA CIFRELOR;
- AGNOZIA FIGURILOR SIMBOLICE;
- AGNOZIA FIGURILOR, sau PROSOPOAGNOZIA.

Toate acestea trebuiesc deosebite de CECITATEA VIZUALA, care inseamna lipsa vederii, plus lipsa constiintei acestui defect, datorita unor leziuni in aria 17 occipitala.

Mai exista si CECITATEA CORTICALA, care inseamna leziuni calcariene bilaterale, precum si CECITATEA PSIHICA, care apare in agnoziile vizuale si in care bolnavii vad, dar nu identifica ceea ce vad (fara leziune de analizatori).

2. AGNOZIILE AUDITIVE.

- SURDITATEA PSIHICA sau elementara, adica imposibilitatea identificarii unui sunet;
- SURDITATEA VERBALA, in care bolnavul nu identifica cuvintele;
- AMUZIA, sau surditatea muzicala.

3. AGNOZIILE TACTILE.

Se mai numesc si ASTEREOGNOZII.

4. AGNOZIILE GUSTATIVE si OLFACTIVE.

C. TULBURARILE DE SCHEMA CORPORALA.

Sint modificari in complexul informativ intero si proprioceptiv, care contribuie la formarea imaginii propriului nostru corp.

Schema corporala este tributata informatiilor vizuale, vestibulare, sensibilitatii cutanate, posturale.

Deci este vorba despre un proces permanent de sinteza, dinamica si considerata drept un model complex de GNOZIE.

Modificarile patologice ale schemei corporale sint:

- ANOSOGNOZIA, descrisa de Babinski, care se manifesta prin nerecunoasterea hemiplegiei;
- SINDROMUL PICK, sau AUTOTOPOAGNOZIA, in care bolnavul pierde capacitatea de a localiza segmentele propriului sau corp;
- SINDROMUL GERSTMANN, care reprezinta de fapt o constelatie de agnozii, elementul principal fiind agnozia digitala (a degetelor 2,3 si 4);
- MEMBRUL FANTOMA, care apare la unii amputati (la cca. 10 %). Apare in primele luni dupa amputatie, mai frecvent la tineri, putind persista luni sau ani de zile. Mai frecvent la amputarea membrului superior. Identificarea cu proteze la membrul superior este imposibila.

TEORIE ETIOPATOGENETICA a tulburarilor de schema corporala.

Prin suprimarea aferentelor senzitive si intensificarea imaginilor corespunzatoare din cortex, formate in decursul timpului, s-ar produce o tulburare de integrare armonica a tuturor segmentelor corpului.

La copii si la tineri - in debutul schizofreniei - apar senzatii ciudate (dilatarea capului, care ii umple toata camera).

Mai apar si in :

- stari depresive, anxioase, confuzii mintale de etiologie toxica sau infectioasa;
- epilepsie psihosenzoriala;
- psihoze de involutie sau senile.

HEAUTOSCOPIA este tot o tulburare de schema corporala, sau **IMAGINEA DUBLURII** - pacientul se percepe pe sine in afara sa, in fata, sau ca intr-o oglinda, asemenator ca in halucinatii.

Tot tulburari ale schemei corporale sint - dupa POROT - si:

- ideile de negatie corporala, ideile de negatie, ideile de obstructie viscerală, care apar in melancolia anxioasa sau in SINDROMUL COTTARD.

PSIHOPATOLOGIA CIMPULUI PERCEPTIV

(Continuare)

ILUZIILE

Perceptiile sint deformate, dar obiectul exista; obiectul existent este perceptut modificat. Subiectul altereaza calitatile obiectului perceptut prin senzatie (il amplifica, il diminueaza, il animeaza).

Spre deosebire de halucinatii, in iluzie obiectul perceptiei exista dar perceptia este falsa. In iluzie exista o absenta de superpozitie, intre faptul senzorial si reprezentarea mentala.

Mecanismul de aparitie a iluziilor :

In stare normala omul nu percepe obiectele sau fenomenele cu toate detaliile lor. El umple golurile cu reprezentari formate in cursul perceptiilor anterioare si prin aceasta, impresiile actuale si reprezentarile legate de ele se contopesc intr-un tot unitar. Daca peste un astfel de sistem vechi, bine consolidat, se suprapune un sistem nou, care are unele puncte comune cu primul, dar si unele puncte care nu se suprapun exact, apare iluzia.

Iluziile presupun o stare psihica preexistenta, care favorizeaza aparitia lor: asteptare tensionata, frica, teama, existenta unei preocupari dominante.

In starile de normalitate, cind informatiile sint vagi sau incomplete - ceata, zgomot, lumina insuficienta, distanta mare la care se afla un obiect, perioada de oboseala - pot apare iluzii. In aceste cazuri, informatiile deficitare sint completate de memorie si imaginatie, uneori in sens deformat. La subiectul normal, se face o corectie a acestor erori. In patologie, factorul de corectie lipseste. Iluzia nu este recunoscuta ca o eroare, ci bolnavii sint convinsi de veridicitatea celor percepute.

HENRY EY le acorda chiar o semnificatie asemanatoare halucinatiilor. Interpretarea deliranta nu are o baza deliranta, ci este pur intelectuala.

CLASIFICAREA ILUZIILOR

1. ILUZIILE VIZUALE

Sint cele mai frecvente. Forma obiectului apare schimbata, fie ca obiectul apare cu totul altfel decit in realitate, fie ca alteori obiectele sint animate.

Iluziile vizuale apar in urmatoarele afectiuni :

- a).- in starile de excitatie maniacala;
- b).- in starile confuzionale;
- c).- in sindromul KORSKOV ;
- d).- in dementa senila.

FALSELE RECUNOASTERI, in care bolnavii identifica in anumite persoane, pe altele, diferite.

Falsele recunoasteri apar in urmatoarele afectiuni :

- a).- in starile de excitatie maniacala;
- b).- in starile confuzionale;

c).- in dementa senila.

Iluziile vizuale apar in urmatoarele afectiuni :

a).- in intoxicatii (cu alcool, psihodisleptice,cocaina, L.S.D.) ;

b).- in confuzii mintale de origine infectioasa.

ILUZII ALE SOSIILOR, in care bolnavul atribuie aceeasi identitate mai multor persoane, care in realitate nu seamana intre ele.

Ele apar in urmatoarele afectiuni :

a).- in schizofrenia paranoida ;

b).- in delirurile sistematizate halucinatorii;

c).- in sindroamele maniacale.

2. ILUZIILE AUDITIVE

Iluziile auditive apar in urmatoarele afectiuni:

a).- in parafrenie;

b).- in schizofrenia paranoida;

c).- in melancolie.

3. ILUZIILE GUSTATIVE si OLFACTIVE

4. ILUZIILE TACTILE

5. ILUZIILE CENESTEZICE

Sint viscerale sau genitale - miscarile intestinului, pulsatiile aortei. Alimenteaza preocuparile cenestopatiilor si delirantilor cronici.

6. PAREIDOLIILE

Pareidoliile constituie o forma complexa de iluzii.

Perceptia eronata, iluzorie, activa, mobila, cinematografica, bolnavul prodind oactiune injurul sau. Intervine o imaginatie bogata si puternica. Ele pot apare in stările de normalitate, dar apar deobicei:

a).- in stari infectioase;

b).- in stari toxice;

c).- in stari posttraumatice.

7. METAMORFOSIILE

Metamorfopsiile sint iluzii ale aprecierii obiectelor in spatiu (ca si tulburarile de integrare spatiala).

8. MACROPSIILE

In macropsii obiectele sint vazute mai mari.

9. MICROPSIILE

In micropsii obiectele sint vazute mai mici.

10. POROPSIILE

In poropsii obiectele sint vazute mai aproape sau mai departe.

11. EIDETISMUL sau IMAGINILE EIDETICE.

Sint tulburari de perceptie ce constau in rememorarea cu mare pregnanta perceptiva a unor scene traite - (apropiate de halucinatii).

Sint de fapt reprezentari primare, care nu saracesc in concret. Ele sint frecvente la copii si la artisti. La copii fenomenul este considerat normal pina la virsta de 12 ani. La adulti - la artisti plastici - se dezvolta prin antrenament, si fenomenul nu este patologic.

Uneori, imaginile eidetice apar ca fapte psihopatologice in:

- a).- starile confuzionale;
- b).- schizofrenie;
- c).- psihozele presenile.

PSIHOPATOLOGIA REPREZENTARILOR. HALUCINATIILE.

Halucinatia este o tulburare psihosenzoriala, diferita de iluzie si de interpretarea deliranta, constind intr-o perceptie fara obiect (BALL). Aceste neofomatii perceptive pot face parte si dintr-o traire normala, posibila, modelata de cultura.

Halucinatia este o perceptie imaginara, deci fara obiect prezent, acum si aici, in lumea inconjuratoare, ca sursa a perceptiei respective. Dar pentru pacient, aceasta perceptie halucinatorie apare ca reala, saturata de acest sentiment al realitatii.

Daca in vis, lumea inconjuratoare este suspendata pentru subiect si inlocuita cu trairea imaginativ - perceptie onirice, in experientele de izolare senzoriala (la cosmonauti), dupa un timp, subiectul incepe "sa vada", "sa auda" o serie de lucruri, care sint de fapt proiectii ale imaginarii.

Halucinatiile, in sens restrins, se realizeaza fara suspendarea concomitenta a realitatii inconjuratoare, cu perceperea concomitenta a obiectelor si fenomenelor din jur si a traiurilor halucinatorii.

In halucinatia excitantul periferic corespondent lipseste.

Halucinatiile sint considerate ca tulburari complexe (ele apar intr-un context afectiv - oniric), nu numai simple tulburari de perceptie.

Halucinatiile se pot desfasura in toate domeniile senzoriale si pot fi de complexitate variabila.

CLASIFICAREA HALUCINATIILOR.

Halucinatiile se pot clasifica astfel :

- a).- senzorialitate (referirea la un analizator);
- b).- dupa spatialitate;
- c).- dupa convingerea deliranta (trairea ca o realitate a acestei perceptii).

1. HALUCINATIILE ADEVARATE (sau PROPRIU - ZISE)

Sint perceptii fara obiecte, ce au pentru bolnav caracter de realitate obiectiva si sint inregistrate pe caile senzoriale obisnuite.

Ele au senzorialitate, spatialitate si convingere deliranta.

2. PSEUDOHALUCINATIILE sau HALUCINATIILE PSIHICE.

In pseudohalucinatii este prezent criteriul senzorialitatii, al convingerii in existenta lor, dar lipseste plasarea spatiala.

3. HALUCINOZELE

In halucinoze este prezenta senzorialitatea si proiectia spatiala, dar lipseste convingerea deliranta.

PSEUDOHALUCINATIILE.

Pseudohalucinatiile sint trairea de tip halucinator, care nu sint proiectate pe ecranul spatiului inconjurator, ci resimtite in spatiul propriului corp - de obicei in cap. (vede in el scene sau imagini).

BAILLARGE le-a denumit halucinatii psihice.

Le lipseste caracterul de senzorialitate, au fost denumite si pseudohalucinatii (KANDINSKI). Ele sint mai mult imagini sau reprezentari, decit perceptii. Se disting de reprezentarile imaginative, prin:

a).- pregnantă lor ;

b).- caracterul strain fata de persoana (impus, transmis),(bolnavul aude cu "urechile mintii"- Kandinski).

Mai frecvente sînt preudohalucinatiile acustico - verbale,traduse prin voci interioare, murmure intrapsihice de transmisie a gîndirii. In sindromul KANDINSKI - ÇEREMBEAUD, bolnavii simt ca li se vorbeşte în cap si explica prin faptul ca cineva le transmite gîndurile prin sugestie, telepatie.

ECOUL GINDIRII si ECOUL LECTURII sînt fenomene de automatism caracterizate prin faptul ca bolnavul aude ceea ce citeşte, sau ceea ce gîndeste si ajunge la concluzia ca altcineva pronunta cuvintele sau frazele respective (FURTUL GINDIRII).

Psihohalucinatiile pot apare frecvent la copii si adolescenti, sugestibili si impresionabili în stari particulare (adormire, oboseala).

Ele apar în :

a).- schizofrenie;

b).- parafrenie.

HALUCINOZELE

Ele nu antrenează credinţa subiectului în realitatea obiectului reprezentat, deci pot fi recunoscute ca patologice.

H.CLAUDE si H.EY le numesc halucinoze - orice halucinaţie care este recunoscută ca un fenomen normal. Subiectul isi critica tulburarea si nu crede în realitatea obiectului reprezentat.

WERNICKE considera drept halucinoză, un delir halucinatoriu, caracterizat prin halucinaţii auditive, cu păstrarea unei conştiinţe clare.

Uneori, bolnavul isi da seama ca nu sînt reale, dar le verifică - în stările toxice subacute (halucinoza alcoolicilor cronici).

HALUCINOZA PEDUNCULARA , descrisă de LERMITE. O defilare de imagini totdeauna vizuale, multiple, mobile, colerate, în relief - personaje de dimensiuni mici (papusi, pitici, flori, fluturi).

Traduce o leziune a calotei pedunculilor cerebrali, de natură vasculară sau toxoinfectioasă, sau de procese tumorale.

Apariţia halucinaţiilor este favorizată de 2 momente :

a).- trecerea de la veghe la somn - halucinaţii HIPNAGOGICE;

b).- la trezire - halucinaţii HIPNAPOMPICE.

Particularităţile halucinaţiilor. După :

a).- modalitatea senzorială (intero sau proprioceptive);

b).- proiectarea spaţială ;

c).- simple sau complexe;

d).- rezonanţă afectivă - plăcute sau neplăcute (pînă la terifiante).

După conţinut si rezonanţă, dau si atitudinea bolnavului:

- spectator (asista pasiv la prezenta halucinaţiilor);

- activ (se apara, se lupta).

CLASIFICAREA HALUCINATIILOR DUPA ANALIZATORI.

(continuare)

1. HALUCINATIILE AUDITIVE

In raport cu proiectarea lor spatiala, sint situate in afara sau inaintul bolnavului, mai aproape sau mai departe, in limitele cimpului auditiv obisnuit, sau in afara lui. Pot fi surde, inabusite sau ...

Dupa gradul de complexitate ;

a).- elementare sau simple = **ACUASME** sau **FONEME**- zgomote, vagi fosnete, trosnituri, bubuituri.

Apar in: aura epileptica.

b).- **comune**, bolnavul aude sunete precise, bine definite, pe care le raporteaza la un anumit obiect (sunetul ceasului);

c).- **forma complexa sau verbala** - cuvinte, fraze, dialoguri intre voci sau intre bolnav si vocile pe care le aude ; vocile pot fi atribuite de bolnav unor persoane cunoscute sau necunoscute, unor persoane care au murit sau unor persoane imaginare (diavolul, Dumnezeu).

Dupa continut si tonalitatea lor afectiva, vocile pot fi favorabile bolnavului (lauda), sau sa aiba un caracter dusmanos (insulta, amenintare).

Halucinatiile auditive pot fi percepute :

- la o singura ureche ;
- la ambele urechi.

S-au descris si halucinatii in care la o ureche se aud cuvinte favorabile, iar la cealalta se aud cuvinte dusmanoase. (**HALUCINATII ANTAGONISTE**).

Vocile uneori pot porunci bolnavului sa execute unele actiuni, unele cu caracter periculos pentru bolnav sau pentru cei din jur (**HALUCINATII IMPERATIVE**).

Dupa durata: - pot apare episodic (cel mai frecvent);

- pot fi aproape continue.

Halucinatiile auditive apar in :

- deliruri toxice si infectioase (alcoolism si starile onirice, de obicei insotindu-se si de alte tipuri de halucinatii - H.V);
- schizofrenie (halucinatii auditiv - verbale), in forma paranoida;
- melancolie (cu colorit afectiv dureros);
- paralizia generala progresiva (convorbiri imaginare);
- delirul sistematizat halucinator sau parafrenie, in care, impreuna cu interpretarile, contribuie la precizarea diagnosticului.

2. HALUCINATIILE VIZUALE

Ocupa locul doi ca frecventa, cu exceptia copiilor, unde H.V. ocupa primul loc. Ele pot fi clare sau vagi, luminoase sau intunecate, colorate sau cenusii.

a).- **Dupa complexitate**, se impart in :

- H.V. elementare = **FOTOAME** sau **FOSMENE**, sub

forma de scintei, puncte, pete luminoase ineptica, cu valoare de simptom - semnal ;

- **H.V.complexe, figurate** (obiecte sau fiinte bine definite).

H.V. pot lua forma unor scene statice, panoramice, adica apar ca un tablou la care bolnavul asista ca spectator, sau scene dinamice(cinematografice sau chiar caleidoscopice).

b).- Dupa imagini :

- dimensiunile obiectelor obisnuite;
- dimensiuni mai mari - **HALUCINATII MACROPSICE**,daca devin gigante se numesc**HALUCINATII GULIVERNIENE**;
- dimensiuni mai mici - **HALUCINATII MICROPSICE** sau **LILIPUTANE**, care apar in delirurile toxice si infectioase (alcoolism sau cocainomanie);
- **ZOOPSILE**, H.V. cu continut animalier, apar in delirale alcoolice, au caracter terifiant, (tauri, cai, ciini).

c).- Dupa plasare :

- in cimpul vizual obisnuit;
- in afara acestuia (in spate, **HALUCINATII EXTRACAMPICE**,descrise in schizofrenie).

d).- Dupa rezonanta afectiva:

- placuta in delirul mistic, cind bolnavii vad scene feerice, la fumatorii de opium, sau in intoxicatiile cu mescalina (uneori afect de tip pasional, in viziunile erotice).
- neplacuta, producind dezgust sau chiar groaza, in starile toxice, delirium tremens - **HALUCINATII TERIFIANTE**. Cind au o desfasurare scenica, analoagavisului-**HALUCINATII ONIRICE**. Apar in special in stari confuzive si in delire tx.

H.V. apar in urmatoarele afectiuni psihice:

- sindroamele confuzive toxice (delirul alcoolic acut, cu caracter zoopsihic si terifiant);
- in intoxicatiile cu atropina, mescalina, tetraetil de plumb;
- in delirale febrile infectioase;
- in stari carentiale (pelagra- flacari);
- in schizofrenie - mai rar ;
- in delirurile mistice;
- in paralizia generala progresiva;
- in dementa senila.

Unii introduc tot aici si **HALUCINATIILE AUTOSSCOPICE** sau **HEAUTOSCOPIA**, care este proiectia corpului ca intr-o oglinda. (Altii le discuta in cadrul tulburarilor de schema corporala).

3. HALUCINATIILE GUSTATIVE SI OLFACTIVE

Apar deseori asociate. Gusturi sau mirosuri placute (parfumuri suave, miros de tamiie), sau neplacute (gusturi metalice, miros de sulf, de amoniac, de cadavru, de materii fecale).

Pot apare in urmatoarele afectiuni:

- stari confuzionale sau stari crepusculare ale constiintei;
- tumori ale lobului temporal (in zona uncului hipocampului = **crizele uncinate** (JACKSON), care sint halucinatii olfactive, plus o tulburare particulara a constiintei , plus stari de "de - ja vu"(uneori se asociaza aici si halucinatii vizuale);
- in delirul sistematizat halucinator;

- in schizofrenie, apar mai rar (mirosuri si gusturi pe care bolnavul le atribuie unor substante otravitoare, puse de dusmani in mancare, ceea ce-l determina pe bolnav sa refuze alimentatia, sau sa manince numai mincaruri preparate de el).

4. HALUCINATIILE TACTILE SAU HAPTICE

Apar sub forma senzatiei de atingere a suprafetei cutanate (insecte care merg pe piele sau sub piele - **HALUCINATII HIPORDERMICE**, asemanatoare cu furnicaturi raportate la paraziti cutanati, care duc la **PARAZITOZE HALUCINATORII**. Apar de obicei la alcoolici. S-au sub forma senzatiei unor curenti electrici de-a lungul membrelor, atingeri cu un corp fierbinte sau rece, impresia de contact cu apa, sau de retea.

Pot apare in urmatoarele afectiuni:

- intoxicatii, caracteristice in cocainomanie, unde iau un aspect punctiform, sau in alcoolism;
- in schizofrenie;
- in delirurile sistematizate halucinatorii, unde fac obiectul interpretarilor delirante.

5. HALUCINATII CARE SE REFERA LA SENSIBILITATEA INTEROCEPTIVA SI PROPRIOCEPTIVA.

a).- HALUCINATII CENESTEZEICE sau VISCERALE.

Sint impresii ce se refera la corpul sau organele sale interne - serpi, insecte, fiinte omenesti pe care bolnavul le localizeaza in abdomen, in stomac sau in intreg corpul. Alteori exista impresia unor schimbari in pozitia sau structura organelor, sau chiar impresia de a fi transformati in animale - in schizofrenie - **delirul ZOOANTROPIC**. Alteori, au un caracter absurd si contribuie la dezvoltarea unui delir de posesie (**DIABOLIC**- diavolul se afla in corpul sau). **H.genitale**, senzatii de orgasm, de violuri, directe sau la distanta; bolnavii pot utiliza mijloace de aparare: ocluzia cavitatilor naturale, centuri protectoare, blocare in pat. Impresia unor organe lipsa ca: inima, plamini, stomac, creier. Ele sint greu de delimitat de iluziile cenestezice si de interpretarea deliranta.

b).- HALUCINATIILE PROPRIOCEPTORILOR sau HALUCINATII MOTRICE, sau HALUCINATII KINESTEZEICE.

Perceperea unor deplasari ale membrelor, sau ale intregului corp (este impins, imbrincit, zguduit). Apar in delirurile de persecutie sau de influenta.

HALUCINATIILE MOTORII GRAFICE, cind bolnavului i se pare ca scrie sub influenta unor puteri straine, care ii comunica anumite ordine si idei.

HALUCINATII PSIHO - MOTRICE VERBALE.

Bolnavii au impresia ca vorbesc sub influenta straina. Apar in parafrenie, schizofrenie (in sindromul **KANDINSKI - CLERREMBEAUD**).

Halucinatiile diferitelor simturi sint de obicei asociate - **HALUCINATII POLISENZORIALE**, cu sau fara predominenta unora sau altora.

Ele trebuiesc diferite de **HALUCINATIILE CENESTEZEICE** sau **HALUCINATII TRANSPUSE**, sau **REPERCURSIVE**, care apar datorita excitatiei unui alt analizator, decit cel in care apare halucinatia.

Deci, din interferentele functionale dintre diferiti analizatori - **AUDITIA COLORATA** din intoxicatia cu mescalina.

HALUCINATIILE PSIHOGENE.

Pot fi generate de stari afective puternice si intense, la persoane cu o anumita fragilitate a S.N. (10 % din N.).

Sint prezente totdeauna si tulburari de constiinta usoare.

Au un prognostic bun, sint reversibile.

Inrudite cu ele sint **HALUCINATIILE COLECTIVE**, in evul mediu, religioase (ca urmare a unor intense trairi psihice in colectivitate).

CLASIFICAREA HALUCINATIILOR DUPA CRITERII ETIOPATOGENETICE.

1. HALUCINATII FIZIOLOGICE.

Intilnite si la indivizi normali, asemanatoare trairilor din vis - **VIZIUNI DE SEMISOMN**, ce in momentul adormirii - **HIPNAGOGICE**, sau momentul trezirii - cele **HIPNAPOMPICE**.

Aspect de figuri geometrice, colorate sau cenusii, obiecte, personaje, uneori in raport cu impresiile vizuale care au fost reinoite in timpul zilei. Mai rar pot apare ca **SENZATII AUDITIVE**, sub forma de zgomote, voci, muzica, sau **SENZATII TACTILE**. De asemenea, **EIDETISMUL** ar putea figura printre halucinatiile fiziologice.

2. HALUCINATII PRIN ATINGEREA RECEPTORILOR PERIFERICI.

Au caracteristica comuna faptul ca nu antreneaza niciodata credinta durabila, patologica, in realitatea falsei perceptii.

In general sint halucinatii elementare, fosfene, scotoame, acufene sau mai rar, halucinatii complexe, viziuni de personaje, animale auditive de voci. Au caractere foarte precise si stereotipate, dovedind originea lor mecanica. Forme clinice speciale sint :

- **SCOTOAMELE POZITIVE ALE LUI MORREL**, care pot surveni in alcoolism si nevrita retrobulbara. Sint monoculare si se deplaseaza odata cu miscarea ochilor.

- **SINDROMUL LUI CHARLES - BONNET**, apare in afectiuni oculare ca glaucom, cataracta, dezlipire de retina, leziuni ale nervului optic si ale chiasmei optice. Se caracterizeaza prin halucinatii vizuale elementare la inceput de forma geometrica, ce devin apoi figurative.

3. HALUCINATII PRIN ATINGERI ALE CENTRILOR NERVOSI.

Pot fi elementare sau complexe. In practica trebuie recunoscute acelea carora li se poate acorda valoare localizatoare.

De ex: cind survin in aceleasi conditii, ca un simptom central (in aura epileptica, de ex.):

- H.V. elementare ne orienteaza spre leziuni ale lobului occipital;
- H.V. complexe - spre leziuni in reg. temporo - parieto - occipitala;
- H. olfactive sau gustative - spre leziuni ale uncusului hipocampului (criza uncinata);
- Halucinoza pedunculara - spre leziuni vasculare ale calotei pedunculilor cerebrali.

4. HALUCINATII DE TIP ONIRIC .

Intilnite in :

- toate psihozele infectioase (delire febrile, delirium tremens alcoolic);
- epilepsie.

Onirismul este aproape totdeauna asociat cu un grad mai mult sau mai putin accentuat de confuzie mintala. Se caracterizeaza prin halucinatii ce survin in bufee hipnagogice sau nocturne, insa devin rapid permanente, polisenzoriale, cu

predominanta vizuale, mobile, colorate, foarte analoage traierilor de vis (de aici si numele de onirism), dar traite foarte intens incit bolnavii reactioneaza in prezenta lor, ca in fata realitatii.

Deseori, aceste halucinatii onirice sint terifiante si se acompaniaza cu reactii de aparare sau fuga si de o stare de agitatie anxioasa, uneori destul de intensa si periculoasa, atit pentru bolnav, cit si pentru anaturajul sau.

5. HALUCINATIILE DIN DELIRELE CRONICE SI SCHIZOFRENIE.

Pot fi: a).- **HALUCINATII AUADITIVE VERBALE**, logic explicate si in acord cu ansamblul delirului. Ex. voci de persecutori, ironice, injurioase, amenintatoare, sau voci de protectori, incurajatoare sau laudative, putind chiar sa alterneze unele cu altele. Aceste voci sint luate totdeauna drept autentice, bolnavul le raspunde, discuta sau se apara de ele, astupindu-si urechile.

b).- **HALUCINATII ALE SENSIBILITATII GENERALE**, sub forma senzatiilor de curent electric, substante caustice, sau genitale, legate cu un delir de valoare; sau gustative si olfactive - otrava, miros de gaz asfixiant.

c).- **HALUCINATII PSIHOSOMATICE**, in special forma verbala. Ex: bolnavul prefera vorbe pe care el crede ca le aude din exterior, sau pe care le raporteaza unor voci care ar emana din organele sale.

d).- **AUTOMATISMUL MENTAL AL LUI CLEREMBEAUD**, caracterizata printr-o tulburare fundamentala a gindirii; se acompaniaza de halucinatii elementare, cu estezie putin accentuata si ajungind la halucinatii psibosomatice particulare. Ex: ecoul gindirii, anuntarea si comentarea actelor si gindurilor, cuvinte impuse dialoguri.

6. HALUCINATIILE EXPERIMENTALE.

Sint produse de asa - zisele substante psibodisleptice sau halucinogene: hasisul, mescalina, lisergamida (L.S.D.-25 psihocibina.

PATOGENIA HALUCINATIILOR

Mecanismul lor de formare nu este suficient elucidat.

S-au emis numeroase ipoteze sau teorii.

1. IPOTEZA UNOR LEZIUNI ALE ORGANELOR PERIFERICE DE RECEPTIE (TEORIA PERIFERICA).

Explica aparitia halucinatiilor elementare in leziuni ale globilor oculari, ale urechii, prin excitatia mecanica a organelor periferice de simt (ex. presiunea globilor oculari).

2. INTERPRETAREA CENTRALA.

Cuprinde ipoteze ce punau accentul pe modificarile functiei scoartei cerebrale. Autori ca **TAMBURINI, SOURY** si **KAHLBEAUM** au emis ipoteza unei excitatii corticale. Prin analogie cu epilepsia motorie, in care miscarile involuntare sint provocate de o excitatie a zonei motorii, **SOURY** vorbeste despre halucinatii ca despre o "epilepsie psihica", intrucit - dupa el - halucinatias-ar datora unor excitatii ale centrilor senzoriali. Faptele pe care se sprijina aceasta ipoteza sint:

a).- existenta halucinatiilor in cazurile de excitatii provocate de unele fenomene patologice localizate (ex: procese neoformative, raniri, etc).

b).- producerea lor experimentală, prin excitarea cu curent faradic la trepanatii.

3. INTERPRETAREA FIZIOLOGICA.

Dupa **PAVLOV**, halucinatiile s-ar datora unui factor de inertie patologica a unui proces de excitatie in scoarta si ar aparea in starile fazice. In ceea ce priveste rolul starilor de inhibitie a proceselor corticale in aparitia halucinatiilor, acesta s-a

stabilit prin observatie. Aparitia halucinatiilor este favorizata de scaderea controlului constiintei, aparind in starea dintre somn si veghe, sau sub actiunea unor substante somnifere, in starile confuze.

4. EXPLICATII BAZATE PE DATELE DE FIZIOLOGIE - ROLUL SUBSTANTEI RETICULATE.

Se cunoaste rolul substantei reticulate in aparitia si mentinerea starii de veghe. Substanta reticulara intretine, prin afluxul sau nespecific de informatii, vigilența - stare care reprezinta baza proceselor de cunoastere. Daca acest curent de informatii numai are loc incep sa apara, chiar la oamenii normali, halucinatii vizuale si auditive, elementare si complexe.

5. EXPLICATII BAZATE PE DATELE FURNIZATE DE PSIHOFARMACOLOGIA EXPERIMENTALA.

La producerea halucinatiilor ar interveni un factor toxic, care ar produce perturbari metabolice. Unii - explica prin aparitia unui exces de serotonina. Alti - insusi nucleul indolic, continut de substante halucinogene, ar modifica relatiile sinaptice interneuronale si ar produce, la rindul lor, aparitia tulburarilor de perceptie.

EXAMINAREA ILUZIILOR HALUCINATIILOR

1. OBSERVATIABOLNAVULUI. Adeseori, halucinatiile sint evidente: bolnavul fuge de inamici amenintatori, se protejeaza contra animalelor feroce, raspunde unor voci imaginare. Alteori, reactie mai discreta, iar alteori, mai manifesta - intinde urechea sau capul, pentru a auzi o discutie. Observarea procedeelor pe care le utilizeaza bolnavul pentru a se apara: tamponae de vata in nas sau urechi, ecrane de metal sau de cauciuc pentru a se proteja contra razelor sau a undelor electrice. La mitomani sau isterici, la simulatori, trebuie acordata o atentie speciala.

2. METODA LIPMANN. Prin exercitarea unei presiuni usoare asupra globilor oculari, care ar favoriza aparitia halucinatiilor vizuale.

3. METODA REINHARDT. Se solicita bolnavul sa scrie sau sa exprime, ceea ce vede, pe o coala alba de hartie.

4. FOLOSIREA TELEFONULUI - autorii sovietici - pentru a se stimula halucinatiile auditive.

5. FOLOSIREA DE STIMULATOARE; cofeina, benzedrina (apoi dezinhbitie cu amital).

Halucinatiile nu pot fi studiate in sine, ca simptome simple, elementare, ci ele trebuiesc considerate totdeauna in lumina contextului lor clinic.

MEMORIA

Nu exista operatie a activitatii psihice, in care sa nu intervina memoria si nu exista tulburare psihica, care sa nu se acompanieze de o tulburare mnezica. O caracteristica a fenomenelor psihice este posibilitatea detasarii lor in timp, in functie de determinarile imediate si continuarea lor ca evocari de impresii si trairi, reluate la o anumita distanta, de conditiile care le-au produs. Continuitatea faptelor psihice se datoreaza memoriei.

Ea ar reprezenta procesul psihologic de retinere, pastrare si utilizare a informatiilor si traiirilor in general. PIERON considera ca la retinerea influentei unui fenomen asupra altuia ar exista o memorie anorganica, nevie si una vie, biologica.

In cadrul celei vii, putem vorbi de memoria animala si memoria social - umana. In sens cibernetic - operatiile efectuate de sistemul nervos, indiferent de nivelul sau de complexitate, necesita conservarea in timp variabil, a unui numar mai mare sau mai mic de mesaje, in perspectiva ansamblului operatiilor ce permit stocarea mesajelor si utilizarea lor ulterioara, defineste memoria.

Capacitatea de a primi, a transmite, a stoca si a pastra informatiile o gasim la toate sistemele. Prin aceasta perspectiva vorbim.

Memoria umana insa izvoraste din actiunile si experienta indivizilor, ca membri ai colectivitatii.

Memoria genetica, cuprinde in program ereditar si biologic prestabilit, fiind vorba de un program de informatii organizate, de tipuri evolutive, ce se parcurg in mod succesiv de catre individ - memoria de specie umana. Aici ar intra:

- memoria instinctelor;
- memoria;
- memoria configuratiei sexului (?).

Memoria individuala aeste netransmisibila, exprimata prin posibilitatea fiecarui individ uman de a culege informatii, a retine si fixa experientele proprii intr-un cadru neuropsihic specific, numit de psihologi, **engrame, urme mnezice**.

Memoria sociala, este un termen ce desemneaza experienta acumulata de omenire, pastrata si transmisa mai departe prin limbaj, mijloace tehnice, (discuri, benzi de magnetofon, pelicule, tipar). Prin acestea se transmit traditiile culturale, stiinta, stilurile de creatie.

Atit memoria individuala, cit si cea de specie la om sint de natusa sociala. Specifica memoriei umane este cerinta pe care o resimte individual de a retine informatiile, a le pastra in timp si de a le folosi de cite ori preocuparile o cer.

Memoria umana este legata de un anumit scop. Memoria proceselor psihice consta din intiparirea, pastrarea, reproducerea si recunoasterea experientelor trecute (perceptii, actiuni, trairi).

Receptia aduce in psihic prezentul, iar memoria trecutul.

Ea ar fi un bagaj, o rezerva, un stoc de informatii, e capacitatea de a pastra actele si experienta acumulata, un proces psihic de integrare si de evocare a trecutului.

Un stocaj al unor norme si structuri, care prin mecanism complex, dupa ce stau in stare de latentă, pot fi reproduse, reactualizate.

Elementul operativ este **engrama**, sau **mnema**.

TIMPII MEMORIEI.

S-au conturat mai multi:

- a).- fixare sau memorare;
- b).- pastrare sau conservare;

- c).- evocarea, cu : - recunoasterea;
- reproducerea.

a).**FIXAREA**, sau intiparirea, sau memorarea, nu se reduce la o înregistrare mecanică totală a informațiilor, în genul unei benzi de magnetofon. În fixare se realizează o selectare a faptelor, ce e determinată pe de o parte de însușirea obiectivă a evenimentelor și situația lor, ce ne furnizează informațiile și în același timp pentru o păstrare bună - optimismul de percepție(?) - ce este asigurată de claritatea obiectului, stimulului și de calitatea analizatorului. Pe de altă parte, selectarea informațiilor și în funcție de interesul individului și motivația lui, adică de scopul însușirii materialului, de dorințele și aspirațiile individului, precum și de sentimentele față de realitățile date.

Memorarea datelor depinde de semnificația lor, pentru persoană, și legătura a faptului cu interesele - dominante, ale omului.

Un factor important în calitatea fixării este somnul și odihna, ce influențează cimpul de conștiință (strimtorat).

Un individ obosit, percepe lumea mai vag și reține mai puține lucruri.

Aprecierea fixării se face după calitatea materialului fixat, în sensul că în cazul unei bune fixări, materialul fixat este trainic, sistematizat și cuprinde ceea ce are el esențial. Factor important este instructajul odată cu un material prezentat, ce trezește interesul, motivația. În procesul memoriei intervine și procesul gândirii, ce contribuie la dirijarea fixării, și se realizează o fixare mai bună cu cât materialul prezentat are mai multe conexiuni cu alte materiale.

Factori secundari sunt atenția sau vigilența și afectivitatea.

De ex., situația ce implică afectivitatea este mai bine reținută decât o situație banală. Retinem mai mult lucruri ce ne plac, ce ne interesează.

Condiții de bază: conștiința, claritatea ei, în cadrul unei trăiri sunt reținute nu numai faptele ce s-au plasat în centrul cimpului de conștiință, ci și cele de la periferia acestuia (memoria involuntară, pentru care nu se face efort deosebit). Cea voluntară reprezintă o acțiune voluntară, conștiința spre scopul special al memorării. La om procesul învățării este corelat în special cu acest aspect intensificat al memoriei pentru învățare, joacă un rol important motivele și scopul propus, inteligibilitatea faptului de memorat, ușor de înțeles și tehnicile folosite, repetițiile, etc.

b).**PĂSTRAREA** sau **CONSERVAREA** informațiilor și trăirilor, ce e o premiza a actualizării lor. Ea se face cu atât mai bine, cu cât individul își formulează scopul de a păstra un material, pentru un timp mai îndelungat (conștiința păstrării lui). Păstrarea se face mai bine când e o participare mai intensă a gândirii, raporturile dintre părțile memorate sunt mai bine înțelese. Păstrarea nu e o funcție pasivă, depozitoare, nu rămâne niciodată fixă, raportată la momentul când a avut loc înregistrarea. E o funcție dinamică, stocul de informații e în permanentă mișcare și reorganizare.

Materialul mnestic suferă transformări în sensul sistematizării, condensării și al generalizării, corelează cu inteligența, ce ajută transformările. Ecoul afectiv se vede că suferă transformări orice trăire nu e neutră, determină un moment, tinde să-l estompeze (o nenorocire, reactualizată, nu mai trezește aceeași stare).

Condiția unei bune păstrări, conștiința, exactitatea sau fidelitatea păstrării, care merge în favoarea fondului, și în dauna formei.

c).**EVOCARA** sau **REACTUALIZAREA**, ce constă în utilizarea informațiilor mnestice, în readucerea sa în cimpul conștiinței.

Variază ca complexitate de la recunoaștere, la evocare și reprezentare mnestică.

Recunoașterea, când obiectul perceput este de față, are loc o confruntare între trăirea prezentă și trăirile vechi.

În cursul ei se poate face o identificare, se corectează o serie de detalii, ce au fost greșit reținute, se îmbogățește materialul.

REPRODUCEREA, este un proces mai complex în care întreaga reactualizare se bazează pe materialul fixat și conservat, obiectul perceput.

Este o funcție creatoare, ce grupează și ansamblează un material anterior înmagazinat. Este mult mai dependentă de gândire, fiind bogată și plină de amănunte, la o durată scurtă după fixare, dar schematică și posibilă de erori, când se face la o durată mai mare. Reproduceri pe parcurs - modificări ce pot surveni în materialul respectiv, ce sînt în general fiziologice, sub formă de adăugiri, denaturări, mici goluri. Orice fapt de memorare activă este o recreație. În afara de intervenția gândirii, intervine imaginația.

Toate etapele memoriei se realizează ca fenomene active complex motivate, în funcție de cerințele interacțiunii individului în împrejurările ce îl solicită la reactualizări de informații.

Toate aceste aspecte ne dau o viziune dinamică asupra proceselor memoriei, în sensul că departe de a fi exclusiv conservatoare, memoria individului îndeplinește și funcțiile de reglare, de reținere, ierarhizare a semnificațiilor - de structurare în formule proprii, personale, a elementelor vechi în cele noi.

Majoritatea psihologilor - actul memoriei nu se limitează la o dezagregare de amintiri, ci o sinteză de fiecare dată nouă și creatoare.

Actul de memorare, de reproducere și de păstrare îl putem încadra, în perspectiva sincronă și motivatională a persoanei.

În perspectiva diacronă a persoanei, memoria este suportul timpului trăit.

Este corelată cu afectivitatea și imaginația, formînd - după unii blocați psihologici afectivi, mnezic, imaginar.

MEMORIA (continuare)

UITAREA

Capacitatea, fenomenul de ștergere a materialului imprimat.

Imposibilitatea individului de a-și reaminti datele memorate sau de a recunoaște evenimentele trăite și înregistrate, la o nouă confruntare cu acestea.

Uitarea este una din legile fundamentale ale activității mnestice, fiind într-un fel o condiție de memoriei în sensul că descarcă individul de multitudinea informațiilor și impresiilor, producîndu-se un fel de degajare a capacității sale memoriale, necesare acumulării unor noi experimente umane.

Pentru unii autori, fenomenul uitării exprimă un principiu de economie în realizarea proceselor memoriale.

Procesul uitării se dezvoltă în general în funcție de natura materialului memorat și modul în care s-a efectuat memorarea. Uitarea poate surveni: atât datorită unui exces de învățare, cât și în urma memoriei insuficiente.

Uitarea poate fi:

- **momentană**, datorită apariției unui accident oarecare în cursul activității noastre, prin mecanismul inhibiției externe;

- **alteori**, cu toate că materialul este păstrat, el nu poate fi evocat în momentul dorit, datorită slăbirii sau stringerii legăturilor condiționate, care n-au fost suficient întărite.

Se uită:

- ceea ce nu ne interesează;

- materialul legat de factori incozi;
- detaliile, amanuntele.

RIBAUAT, a formulat legea uitarii: se uita mai usor evenimentele mai apropiate, fata de cele mai indepartate = **LEGEA REGRESIEI MEMORIEI**. **RIBAUAT**, a constatat ca pierderea memoriei se face din prezent spre trecut, de la nou la vechi.

Forma latentă a uitării, descrisă de **ORBELLI** s-au așă - zisa păstrare latentă, adică facultatea de a avea stocate în baraj o serie de elemente pe care nu le putem reactualiza la comandă.

Apariția bruscă și spontană a unor evenimente poartă numele de **REMINISCENȚĂ**.

DEZVOLTAREA MEMORIEI.

S-a constatat că primele amintiri datează din jurul vârstei de 3 ani, și sunt legate de un eveniment afectiv puternic.

Urmează etapa achiziției materialelor concrete, care sunt stocate întâi fragmentar și apoi din ce în ce mai complex.

Cu timpul, se ajunge la posibilitatea cuprinderii elementului abstract. La copii, se vorbește despre o memorie **EIDETICĂ**, adică o formă ce presupune existența imaginii concrete în momentul reactualizării (este deci o formă de memorie concretă).

Treptat, se trece la procesul de intelectualizare a memoriei la o etapă de generalizare.

Memoria este un proces psihic cu un înalt grad de educabilitate. În acest proces trebuie să se țină cont de următoarele principii:

- 1.- materialul respectiv trebuie să fie adaptat cu vârsta;
- 2.- să fie prezentată cu multă claritate și precizie;
- 3.- să cuprindă o angajare multisenzorială;
- 4.- să fie repetiții la intervale optime de timp; repetitiile adănesc, claritatea și permit o integrare utilă atunci când nu se fac rigid (se recomandă repetitiile active, cu conexiuni);
- 5.- grija pentru fondul problemelor (introducerea calificativelor, cu valoare stimulativă).

Evoluția în timp a procesului cunoașterii.

Până la 25 de ani, memoria este în plin progres, apoi urmează un platou egal, apoi după 50 - 60 de ani, capitalul evocării se păstrează, dar se depune un efort pentru a integra și asimila noțiunile noi.

CLASIFICĂRI ALE MEMORIEI.

1.- După procesul fixării:

a).- **memoria involuntară**, ce constă în fixarea unui material fără efort, la întâmplare;

b).- **memoria voluntară**, care este o funcție stimulată și dirijată (este indispensabilă procesului instructiv și în formarea profesională).

2.- După procesul conservării:

a).- forma mecanică a conservării - **memoria mecanică** - o conservare rigidă și simplistă care predomină în special la copii, se bazează în special pe criteriul de formă, și mai puțin pe conținutul faptelor respective; are un caracter rigid, în sensul că materialul respectiv nu este prea util, pentru că nu este simplu, adaptabil.

Memoria mecanică are o anumită limită.

b).- forma logica a memoriei - **memoria logica** - intregul sir de evenimente este prins intr-o structura plastica si simpla, capabila de adaptari; pe aceasta memorie logica se bazeaza de fapt munca intelectuala.

3.- Dupa analizatori:

- a).- **memoria vizuala**, predomina la pictori, graficieni;
- b).- **memoria auditiva**, predomina la muzicieni, compozitori;
- c).- **memoria motrica**, predomina la balerini;
- d).- **tipul mixt de memorie**, cu anumite preponderente.

4.- a).- **Memoria Intuitiv - concreta** a indivizilor care receptioneaza un material foarte apropiat de concret - predomina la copii si la artisti.

b).- **memoria verbal - logica**, este memoria cuvintelor, a formulelor, a operatiilor abstracte.

c).- **memoria afectiva**, prezenta in special la problemele istorice.

d).- **memoria imaginativa**, la marii creatori si inventatori.

5.- JEAN DELAY propune 3 nivele de integrare a functiei mnestice:

a).- **nivelul memoriei senzorio - motrice**, care este comuna omului si animalelor si contine amintiri elementare de senzatii si miscari - corespunde memoriei analizatorilor;

b).- **nivelul memoriei autistice**, sau memoriei spontane, cea din vise sau reverii, care are un caracter personal, amintirea unor intimplari si fapte, fara referinta temporala si spatiala, deci fara o organizare cronologica si care are raporturi strinse cu afectivitatea.

c).- **nivelul memoriei sociale**, singura forma de memorare cu adevarat retrospectiva, deoarece se face cunoscut trecutul, asa cum a fost.

6. Dupa durata memoriei ² timpul scurs de la primirea informatiilor si pina la utilizarea lor. Exista :

a).- **memorie de scurta durata**, de care individul face uz in actiunile direct bazate pe acele informatii si care nu mai functioneaza, dupa ce actiunea s-a incheiat (se mai numeste si **memorie circulanta**, prin analogie cu cibernetica) - este o memorie nestocata ; capacitatea de a reproduce imediat un material variaza in functie de:

- felul materialului utilizat;
- virsta subiectului;
- abilitatea intelectuala ;
- starea de atentie a individului .

b).- **memoria de durata**, care are in vedere o faza de achizitie ce are formulat scopul de a fixa o exigentasi apoi o **faza de retinere** a informatiilor; memoria de durata se evidentiaza prin reactivitatea si reactualizarea amintirilor (se mai numeste si **de stocaj** , prin analogie si cibernetica).

PSIHOFIZIOLOGIA MEMORIEI

S-au emis diverse teorii si ipoteze. Grecii - **PLATON** - considerau ca se imprima un fel de ceara in creier. Apoi s-a facut analogia cu o placa sensibila. In 1904, **SEMON** introduce notiunea de **ENGRAVE**, drept urme ale experientelor trecute.

Ipotezele si teoriile asupra memoriei pot fi sistematizate in pozitii si teorii:

A.- **D.P.D.V. BIOLOGIC**: - Memoria este proprie intregii materii vii, inclusiv organismului uman, indiferent de felul in care se obtin si se pastreaza diferite urme in experienta individului.

B.- **Psihologii** - **RIBAUT**, spun ca memoria este o functie proprie numai S.N. - functia cea mai generala a sa, aceea de a imprima urme.

BERGSON - numai o parte a memoriei (memoria organica) ar fi legata de S.N., in timp ce memoria spirituala a proceselor psihice superioare, ar fi independenta de creier.

C.- **Neurofiziologii si psihofiziologii**, o considera o proprietate speciala a S.N.C. **MORGAN** - memoria este data de urmele nervoase cu o anumita retentie, de care ne dam seama numai daca sint reactualizate.

PENFIL , considera ca activitatea memoriei ar fi legata de anumiti centri mnezici din creier, specializati in memoria obiectelor, verbala, a cifrelor, a semnelor grafice, etc.

Experimental, pe bolnavi trepanati, sub anestezie locala, ca excitarea electrica a unei zone a convexitatii temporale, declanseaza in constiinta inceperea unor amintiri.

De aceea, el a denumit aceasta zona temporala - **CORTEXUL MEMORIEI**. Cercetatorii anatomopatologi au stabilit ca integritatea anumitor structuri nervoase este conditia indispensabila a evocarii si localizarii amintirilor. De ex. - corpii mamilari sint aproape totdeauna lezati in sindromul **KORSAKOV**.

JEAN DELAY , acorda un rol important unui circuit hipocampo - mamillo - talamo - cingular.

PAVLOV, considera ca activitatea mnestica se bazeaza pe capacitatea tuturor celulelor nervoase si in special pe cea a nucleilor corticali ai analizatorilor, care fixeaza excitatiile si conexiunile functionale si le pastreaza sub forma unor urme in creier. Deci, intelegerea fenomenelor normale este legata de principiul conexiunii temporare si de intreaga activitate reflex - conditionata a emisferelor cerebrale.

D.- Teoriile biochimice.

TEORIILE ASUPRA MEMORIEI.

ANALIZA BAZELOR BIOCHIMICE ALE MEMORIEI.

Experimentele suedezului HYDEN din ultimul deceniu fundamenteaza ipoteza stocarii informatiilor memoriale in structura acizilor ribonucleici si dezoxiribonucleici - de variatiile structurii acestora este legata transmiterea informatiei genetice.

La baza - mecanisme intracelulare moleculare.

Teoria sa are la baza observatia ca viteza de reinnoire a A.R.N. in celula nervoasa, ca si nivelul activitatii enzimelor oxidative, sint dependente de nivelul activitatii nervoase.

Conform ipotezei lui HYDEN ar exista 4 etape in formarea engramei:

1.- Schimbarea specifica a structurii A.R.N. in raport cu intrarea impulsurilor. Aceasta ar consta in modificarea ordinii bazelor in molecula sa, secundara variatiilor mediului ionic in care se produce sinteza A.R.N. Anumite modele de impulsuri ar determina aparitia unui numar A.R.N. stabil.

2.- Formarea unei proteine specifice molecului de A.R.N.

3.- Disocierea rapida a acestei proteine specifice, cind modelele raspunsurilor se repeta.

4.- Produsele rezultate din disocierea proteinei, ar lua parte la formarea substantelor care faciliteaza transmiterea sinaptica.

Conform acestei ipoteze, engrama este fixata simultan intr- un numar mare de neuroni, ceea ce ar explica faptul ca in cazul unor leziuni localizate ale S.N.C., memoria poate fi compensata.

Autorul roman, EUGEN MAKOVSKI aduce critici acestei teorii a A.N. in explicarea memoriei si el da o teorie moleculara asupra stocarii informatiei memoriale, bazata pe o conceptie dialectica si moderna asupra structurii materiei vii.

Considera ca celulei vii ii sint proprii dispozitive bioelectrice de inregistrare dispozitive purtatoare de impulsuri (de pastrare) si dispozitive de miscare, de activare si actualizare a unor serii de modificari care au avut loc in materia vie.

Dupa Makovski, in creier domina fosfolipidele, substante ale materiei vii care depasesc acizii nucleici, atit cantitativ, cit si calitativ, dar mai ales evolutiv. Ele sint particule labile ale materiei vii, se pot deplasa independent, comporta modificari si restructurari rapide. Fosfolipidele au rol fundamental in stocarea informatiilor, ele avind functii care se leaga in mod bio-electrice ale memoriei.

Alti autori - MAMO - combina explicatiile, dind ipoteza ca memoria ar functiona intii conform unei etape fizice, data de biocurenti (care modifica echilibrul ionic) - etapa de stocare a informatiilor, care explica memoria de scurta durata, iar in a II-a etapa biochimica - se produc modificari ale structurii A.R.N., care aduc dupa ele o codificare moleculara specifica si asigura stabilitatea stocarii - etapa ce corespunde memoriei faptelor mai indepartate.

TULBURARILE DE MEMORIE.

Se pot clasifica in: A.- tulburari cantitative;
B.- tulburari calitative.

A. TULBURARILE CANTITATIVE.

1. HIPERMNEZIA.

Accelerare a procesului mnezic, ce corespunde unei exagerari a evocarilor, care apar multiple, tumultuoase, fara legatura cu tema principala a gindirii . Hipermnezia apare in toate procesele predominant excitatorii:

- in manie si sindroamele maniaceale - bolnavii au un debit mare de imagini si evocari neselective, reusesc sa prinda multe detalii din amabianta, dar lipseste cronologia, sistematica, integrarea in fond (avem de-a face cu o exagerare a fixarii involuntare);

- a) - in stari de intoxicatie, cind nu sint prea profunde (intoxicatia alcoolica in I etapa, intoxicatia cu cofeina, opium, hasis);

- produsa de substante din seria amfetaminelor (benzedrina, pervitina, centedrilul);

- in perioada de debut a P.G.P;

- in faza de adormire sau trezire.

Nici in aceste cazuri, hipermnezia nu are valoare functionala.

b).- HIPERMNEZIA PARTIALA sau UNILATERALA

Are caracter selectiv, de sector. Apare in sindroame (delirul paranoid sistemataizat). Deci vizeaza cu precadere date ce corespund preocuparile delirante ale bolnavilor.

c).- HIPERMNEZIA MECANICA

Ex. la debili mintali - o memorie aproape monstruoasa.

Deci o memorie cu functie compensatorie, suplinind insuficienta dezvoltarii a proceselor cognitive superioare, deci a inteligentei si gindirii - calculatorii fenomenali. Este o memorizare mecanica, memoria nefiind functional utila.

d).- VIZIUNEA PANORAMICA.

Descrisa de cei ce s-au aflat in pericole imediate (innec).

e).- HIPERMNEZII orientate PROFESIONAL.

2.- HIPOMNEZIA.

Evocarea amintirilor nu este perfect imposibila, dar penibila si dificila. (DISMNEZIE). Apare si in stari fiziologice: oboseala si surmenaj, neurastenii (tine de tulburarile de atentie).

Apare ca debut in :

- toate sindroamele dementiale;
- psihozele involutive senile ;
- abnubilarea fizica ;
- depresii, schizofrenie (datorita indiferentismului si dezinteresului);
- in unele afectiuni neurologice (tumorile cerebrale, in special cele cu localizarea frontala);
- in unele boli profesionale (intoxicatia cu oxid de carbon);
- in faza de presomn sau hipnogogica - aici apar de fapt dificultati de memorie, ca si la oligofreni - prin nede dezvoltarea proceselor cognitive si intelectuale.

3. AMNEZIA

Imposibilitatea de a reconstrui trecutul. Survine in 2 circumstante:

a).- este deficitar materialul de baza;

b).- constiinta este tulburata, incit nu se poate realiza sinteza indispensabila.

In (a) - faptele sint uitate pe masura ce se produc.

Este o amnezie de fixare sau - dupa DELAY - de memorare.

Este denumita si **AMNEZIE ANTEROGRADA**.

In (b) - nu se poate face reconstructia sintetica a trecutului **AMNEZIE DE EVOCARE**, de memorare, sau **AMNEZIE RETROGRADA**.

Cind (a) coexista cu (b) - vorbim despre o **AMNEZIE ANTERORETROGRADA**.

In (a) - memoria este alterata in capacitatea sa de a retine amintirile (**amnezie de fixare**) si priveste evenimentele petrecute dupa inceputul bolii (de aici termenul de anterograda).

Amnezia de fixare este foarte intensa in sindromul **KORSAKOV**, datorita unor stari toxice (intoxicatia alcoolica), unele boli infectioase, dupa traumatisme craniene, unele tumori cerebrale si in presbiofrenie - o forma de dementa senila.

In (b) - se refera la pierderea stocului mnestic, pe o perioada din trecutul persoanei, in care ea memora si rememora eficient.

Aceste diferite modalitati de tulburari globale ale memoriei se observa:

- in psihozele acute, mai ales confuzionale;
- in evolutiile dementiale (in special in sechelele traumatismelor craniene).

c) **AMNEZIA LACUNARA** sau **LACUNA MNESTICA**.

Un gol mnestic, pentru o perioada limitata de timp, care coincide de obicei cu o obnubilare profund a constiintei. . Ex. in :

- confuzia mentala grava;
- dupa traumatisme craniene;
- in echivalentele psihice epileptice;
- in betia patologica.

Amnezia lacunara poate fi :

- **totala** - bolnavul odata remis, nu-si mai aduce aminte de nimic din cele petrecute in timpul bolii;

- **partiala** - bolnavul isi aduce aminte de unele lucruri, vag si partial (apare dupa tulburarile de constiinta din delirurile toxice).

Amnezia lacunara are maximum de intensitate centrala pe data accidentului. In traumatismele cranio - cerebrale, amnezia lacunara are caracter de regresare, pina cind intr-o perioada de 6 luni - 1 an ajunge la o **lacuna fixa**. Pe baza acestei lacune fixe, se poate stabili gravitatea leziunii; daca depaseste o durata de 7 zile, este leziune grava.

Tendinta de agravare a lacunei mnestice o gasim si in intoxicatii moderate, dupa electrosocuri; in procesele deficitare dementiale, lacuna se agraveaza si are o evolutie progresiva, conform legii lui **RIBOT**.

d) **AMNEZIA ELECTIVA**.

Se refera la dificultatea memorizarii anumitor situatii sau probleme, incarcate afectiv neplacut pentru subiect.

Apare in : isterie, simulare. Se numeste si **amnezie psihologica** sau **afectogena, selectiva, tematica**.

Diferitele amnezii pot fi **partiale** sau **totale**, dupa cum intereseaza numai unele categorii de amintiri (uitarea unei limbi, a unei tehnici, a unui personaj) sau toate amintirile, fara deosebire.

DELAY a grupat sub denumirea de **AMNEZII NEUROLOGICE**, urmatoarele:

- afaziile (uitarea limbajului);
- apraxiile (uitarea gesturilor);
- agnoziile (uitarea percepțiilor).

e) **AMNEZIA INTIRZIATA.**

SNEJNEVSKIJ, introduce termenul pentru prima data. Ex. in:

- traumatisme, poate fi o latentă în care lipsesc tulburările de memorie, pentru ca după aceea să se instaleze o amnezie reală;
- și în stările secundare și în stările de betie patologică.

SINDROAMELE AMNESTICE.

1.- Sindromul KORSAKOV sau sindromul amnestic - la alcoolici cr.

Constă din:

- amnezii de fixare;
- dezorientare temporală;
- tendința la confabulație - tendința de a compensa golurile mnestice.

2.- Sindromul lui WERNICKE- PRESBIOFRENIA, o formă particulară a dementiei senile, sau Korsakov-ul senil. Se manifestă prin:

- amnezii de fixare;
- confabulație;
- stare euforică.

B. TULBURĂRILE CALITATIVE ALE MEMORIEI.

1. PARAMNEZII.

Sînt amintiri deformate, false, fie impresiile pe care le au unii bolnavi de a-și aminti unele evenimente care nu au existat în realitate.

Sînt: - a).- iluzii de memorie;

b).- halucinații de memorie.

a) **ILUZIILE DE MEMORIE sau PSEUDOREMINISCENTE** - amestecul unor amintiri reale cu fapte imaginare, auzite sau citite, sau cu visuri. Amintiri deformate pot exista și la oamenii normali, dar aceștia au o atitudine critică față de ele, fapt ce lipsește la bolnavii psihici.

b) **HALUCINATIILE DE MEMORIE** - sînt amintiri fără obiect.

c) **ECMEZIA** - retrairea activă în prezent a unor evenimente trecute; apare în demența senilă.

d) **FENOMENUL DE "DEJA VU"** - impresia pe care o are bolnavul de a mai fi trăit într-o epocă anterioară situația prezentă. Apare și la normali, cu o durată de secunde, în stare de oboseală.

Patologic apar în:

- schizofrenie;
- obnubilare usoră a conștiinței;
- aura epileptică;
- leziuni ale lobului temporal, însoțite de vis - descrise de JACKSON;
- în psihastenii, unde este de durată, cu caracter penibil și evocat de bolnav ca fiind patologic.

e) **FENOMENUL DE "JAMAIS VU"** - impresia de a nu fi trăit niciodată evenimentele la care a luat parte în mod repetat.

Apare în stări crepusculare.

CRIPTOMNEZIA - însușirea involuntară a unui material (de natură artistică, muzicală, literară), despre care bolnavul a citit sau a auzit, ca fiind al său propriu.

Apare în schizofrenie, în delirul sistematizat.

A nu se confunda cu plagiatul - constient.

CONFABULATIA - povestire de catre bolnav a unor serii de fapte nereale, cu credinta in realitatea lor. Aici intervine imaginatia si un mecanism compensator. A se deosebi de minciuna care este constienta.

Apare in sindromul Korsakov, presbiofrenie, in unele cazuri de deliruri sistematizate, mai ales cu teme de marire sau filiatie.

ANECFORIA - posibilitatea pe care o are bolnavul de a reproduce anumite evenimente din viata sa, pe care le credea uitate, atunci cind i se dau unele elemente legate de aceste evenimente.

Deficientele de memorie aduc deseori dezorientarea bolnavului in mediul inconjurator. Lipsa de memorie prin tulburari mnestice trebuie deosebita de cea datorita labilitatii atentiei (de ex. in manie), sau de cea datorita tulburarilor de atentie din starile de obnubilare ale constiintei, sau de cele datorita indifferentei fata de mediu (cea din melancolie).

EXAMINAREA MEMORIEI.

Fixarea - proba cifrelor sau a cuvintelor.

Evocarea - controlul bagajului mnestic, in functie de scolaritatea bolnavului, prin verificarea unor cunostinte generale (tabla inmultirii, date istorice),(istoria leului ?).

GINDIREA

Studiul gindirii este important, pentru ca in functie de modul in care psihiatrul interpreteaza fenomenul gindirii, este determinata si pozitia lui doctrina, teoretica.

Gindirea-si implicit limbajul- este aceea prin care subiectivitatea, individualitatea umana se manifesta. Pe baza acestei manifestari, apreciem normalitatea sau anormalitatea gindirii si a locului bun sau perversit pe care-l ocupa individul in societate. De aceea, instrumentul principal de investigatie al psihiatrului este **CONVERSATIA**.

Definitiiile gindirii sint numeroase si depind de pozitia teoretica a autorului. In acceptiunea materialismului dialectic si marxist gindirea este functia psihica superioara de reflectare a realitatii obiective, care ne inconjoara, iar instrumentul prin care gindirea se realizeaza este **SENZATIA**, respectiv **PERCEPTIA**.

Gindirea este un proces material in sensul substratului, care este creierul si ea asculta de legile generale ale evolutiei materiei, cu principiul determinismului, ala cauzalitatii, fenomenul cauza - efect.

Deci gindirea nu este o functie apriorica transcendentala, care depaseste conditia umana, materialitatea, ci, dimpotriva, materialitatea este cea care da viata gindirii. Aceasta viziune plaseaza pe pozitia materialista.

Gindirea este un proces psihic foarte complex, intrucit sintetizeaza bogatia informationala, senzitivo - senzoriala, de cunoastere imediata prin simturi, cu experienta personala sau colectiva, cu invatarea, educatia, deprinderile. Aceasta sinteza este cea care de ce in final la cristalizarea posibilitatilor concrete de apreciere corecta sau incorecta, in cazurile patologice, a realitatii obiective. Din aceste motive, gindirea este considerata ca o cunoastere mediata, mijlocita de materialitatea organului cu care gindim mijlocita de integritatea analizatorilor si de experienta noastra.

Gindirea se realizeaza dupa un anumit dinamism intrinsec, dupa o anumita legitate, ea nu se face haotic, exista o ierarhizare, cu prioritati, cu folosirea unor metode in "tehnologia" gindirii.

Analiza si sinteza, compararea, detailarea, generalizarea, particularizarea, concretizarea si abstractizarea ar fi tocmai aceste etape prin care creierul, prin structurile dinamice specializate, ia cunostinta prin canalele informative, deci prin caile aferente, de ceea ce se petrece in mediul inconjurator sau in economia organismului, filtreaza, decanteaza, compara aceste informatii, ajunge la o concluzie, pentru ca sa poata da un raspuns conform acestei concluzii.

In terminologia psihologica, acest lucru se realizeaza prin: judecati, rationamente si silogisme. Acestea , in intimitatea lor, pot imbraca aspecte particulare, pot fi inductive, deductive, in functie atat de modelul sau de tipul de gindire al individului respectiv, cit si de situatia data, in care individul este pus sa gindeasca.

In final rezultatul gindirii trebuie sa corespunda cu suma informatiilor care au intrat in aceasta cutie de rezonanta, care este creierul.

DIN PUNCT DE VEDERE FILOGENETIC:

Gindirea fiind legata de un substrat material - de creier - este firesc ca ea sa se dezvolte pe parcurs. In dezvoltarea ei, gindirea are o istorie filogenetica si o istorie ontogenetica. In prima etapa, este o gindire instructiva, senzoriala - la copiii mici - abia dupa 11 ani, dupa maturizarea substratului cerebral, apare gindirea creatoare, creativitatea. Pentru aceasta, este nevoie de 2 conditii:

1. Creierul sa fie normal ca structura anatomica si functionala (in caz contrar - oligofreni).

2. Conditia sociala, culturala, familiala - in special primii 3 ani de viata sint hotaritori in realizarea potentialului de a fi OM.

Gindirea, ca si personalitatea, este un proces perpetuu.

Ea este instrumentul care ne realizeaza - in definitiv - adaptarea.

Este fenomenul superior de plasticizare, de mulare a individului la conditiile de viata, creindu-se acel echilibru psiho-afectiv, necesar unei vieti armonioase.

NOTIUNI DESPRE MODALITATEA LEGICA IN CARE S-A DEZVOLTAT CONCEPTUL DE GINDIRE.

Omul a gindit din totdeauna. Luarea la cunostinta a fost urmata de intrebarea fireasca : CINE SINT? DE UNDE VIN ? UNDE MA DUC?

Astfel, omul a inceput sa se analizeze pe el, lumea in care traieste, sa se gindeasca cu ce gindeste.

ISTORIE

a).Primul in istoria culturii, care a sustinut creierul ca sediu al gindirii, a fost ALCMEON din CROTONA (sec. VI.i.e.n.). El face pentru prima data diferentierea intre senzatie si gindire. Senzatia, ca fenomen aparte, presupune, dar nu este identica cu gindirea.

b). Invatatura lui PLATON, dupa care viata spirituala a omului ar fi etajata pe 3 nivele:

1.- NOIA - cunoasterea, deci implicit gindirea, cu sediul in creier.

2.- TUMOSUL - curajul, barbatia, localizata in inima.

3.- EPITUMIA - viata vegetativa, cu sediul in ficat.

c). HIPOCRATE din KOS, preluind atit ideile lui ACMEON, PLATON si ARISTOTEL(cu teoria imaginilor), precum si pe cele ale filozofilor ionieni si acelor din MILET (THALES), EFES, (HERACLIT) si ale lui DEMOCRIT a conchis asupra faptului ca prin creier noi gindim, ne bucuram, ne intristam si innebunim. Aceasta a fost o conceptie materialista. El a lasat o opera monumentala -"CORPUS HIPPOCRATICUS"- in care sint analizate si sistematizate, intr-oviziune materialista, bolile timpului, ilustrind in acelasi timp modelul de gindire bazat pe observatie fina, pe experienta la patul bolnavului. Inklusiv psihiatria a beneficiat de aceasta opera - a introdus termenii de manie, histerie, melancolie, epilepsie, cu circumscrierea destul de apropiata de cea reala si actuala. Aceasta teorie a dainuit pina in secolul XIX, cind se naste psihiatria stiintifica.

SUBSTRATUL MATERIAL (MORFO - FUNCTIONAL) AL GINDIRII.

Gindirea, alaturi de constiinta, este functia cea mai sintetica, cea mai umana si d.p.d.-v- filogenetic, este cea mai noua, dar ea se bazeaza pe functii foarte vechi filogenetic. Una fara cealalta nu au valoare la scara umana.

Viata spirituala a omului depinde de 2 instante fundamentale:

1.- o instanta primitiva, arahaica, determinata de :

a).- hipotalamus - bulb, subst.reticulata asc. si desc;

b).- sistem vegetativ - simpatic si parasimpatic;

c).- glande endocrine - hipofiza, care prin neurohipofiza face legatura intre hipotalamus, sistem vegetativ si celelalte glande endocrine.

Aceasta instanta corespunde cu inconstientul, cu viata instinctiva.

PENFIELD a numit hipotalamusul impreuna cu sistemul vegetativ CENTRECEFAL. Acesta este elementul dinamogen, vitalizant.

2.- De la hipotalamus, sistem vegetativ si glandele endocrine, converg informatiile spre cortex, care este elementul caracteristic mamiferelor superioare si in speta omului. Aici exista zonele de protectie, de analiza superioara, ale analizatorilor. Aici se face decodificarea si se elaboreaza raspunsul. C. frontal rezolva problemele de gandire, C.occipital - pe cele vizuale, C. temporal si partial - pentru praxii (functia si memoria miscarii, a vorbirii).

Gindirea se elaboreaza constient la nivelul cortexului.

Depinde insa : de perfectiunea, de integritatea tuturor acestor structuri;

- de integritatea fibrelor de asociatie interemisferice;

- de anumite posibilitati innascute sau cistigate, individuale, din care motiv

gindirea nu este sablonizata, nu se realizeaza in aceleasi etape obligatorii la toti indivizii la problema data, nu are aceeasi viteza

de realizare.

Gindirea poate fi modificata in insasi elaborarea ei.

De aici apar si cele doua mari tulburari de gindire:

- tulburarile de forma - se refera la viteza gindirii;

- tulburarile de fond, sau de continut ; aici un rol aparte il are inteligenta, care se defineste ca fiind volumul mai mare sau mai mica de folosire a acestui bagaj de cunostinte, folosire dictata de fapt de vioiciunea gindirii (de deprinderea gindirii).

Nu exista un timp standard de apreciere a vitezei gindirii.

Totusi, in cazuri patologice, diferenta este mult prea vizibila, pentru a trece neobservata.

TULBURARILE DE FORMA.

Se deosebesc 2 grupe mari de tulburari de forma a gindirii:

1.- **TAHIPSIIHIA** - se caracterizeaza prin viteza mare a fluxului ideilor.

Se reflecta practic prin limbaj: LOGOREE. Asociatiile se fac foarte prompt, evenimentele banale din jur sint pretext pentru elaborarea de asociatii. Dar, in acelasi timp, o caracteristica a tahipsihiiei este fatigabilitatea ei, slaba ei constanta in a urmari o idee, fara divagatii.

Tahipsihia poate apare in urmatoarele afectiuni:

- a).- in toate starile de excitatie - psihoza maniaco - depresiva, episodul maniacal, excitatiile manipoide sau de aspect maniacal din unele nevroze hiperstenice;

- b).- in unele psihopatii;

- c).- in unele intoxicatii cu alcool (in faza a I-a).

Deseori, tahipsihia este insotita de o stare de efect euforic, o hipertrofie tranzitorie a Eu-lui.

2.- **BRADIPSIIHIA** sau lentoarea asociativa da impresia ca bolnavul leaga greu o idee de cealalta. Perioada de latenta intre o intrebare si raspuns este mare, la nivel de minute. Melodia noua este modificata, monotona, cu un timbru jos, uneori soptit.

Bradipsihia poate apare in urmatoarele afectiuni:

- a).- in starile depresive - melancolie, depresie (aici apar uneori si idei de culpabilitate);

- b).- in schizofrenia apato - bulica ;

- c).- caracteristica si deficientilor mintali;

- d).- in debuturile dementelor;

- e).- in pseudodemente;

- f).- in paralizia generala progresiva.

Alte forme de bradipsihie sint urmatoarele:

Fenomenul de baraj - se caracterizeaza prin oprirea brusca a fluxului gindirii.

Fenomenul de FADING - dupa ce a inceput sa vorbeasca qvasinormal, modulatia vorbirii incepe sa scada, vocea devine joasa - deci se produce oprirea treptata a fluxului vorbirii.

TULBURARILE DE FOND.

Tulburările de fond ale gândirii sunt următoarele:

- 1.- tulburarea asociațiilor;
- 2.- nede dezvoltarea gândirii;
- 3.- delirul propriu - zis.

I. TULBURAREA ASOCIAȚIILOR.

Nu este numai o tulburare în fluiditate, ci în asocierea ideilor, în conținutul acestor idei. Cele mai importante sunt următoarele:

a).- **AMANUNTIREA PATOLOGICĂ.** În afara de noțiunile esențiale și necesare, apar numeroase reprezentări nesemnificative, care, de multe ori maschează esențialul. Clinic, acești bolnavi dau impresia ca "bat pasul pe loc". Este caracteristică pentru: demența senilă; epilepsie.

b).- **PERSEVERATIA, GINDIREA STEREOTIPA.** Bolnavul revine mereu în expunerea sa, la aceleași idei, sau la aceleași reprezentări.

PAVLOV o explică printr-o inerție a procesului excitator în zona motorie și verbo - motorie.

c).- **GINDIREA OBSESIVĂ.** Apar idei parazite, nedorite de bolnav idei cu conținut intimplator, adeseori contrar moralei bolnavului.

Au caracterul de impuls, de parazit.

d).- **MENTISMUL.** Un flux ideic, în care apar noțiuni imposibil de dirijat. El intră în componența sindromului de automatism psihic descris de **KADINSKI - CLEREMBEAUD** - un fel de invalmasire de idei.

Poate apare în :

- schizofrenie;
- encefalita epidemică ;
- în unele leziuni traumatice ale creierului.

e).- **INCOHERENȚA GINDIRII.** Asociațiile sunt haotice, neconcordanțe nu urmaresc o finalitate. Poate apare în :

- epilepsie ;
- psihoze simptomatice;
- stările caracterizate prin tulburări de conștiință.

f).- **GINDIREA SIMBOLICĂ.** Unele noțiuni sunt înlocuite de bolnav cu altele, pe care numai bolnavul le înțelege. Un fenomen devine simbolul altui fenomen - ne da impresia unei gândiri criptice.

g).- **GINDIREA PARALOGICĂ.** Bazată pe particularități ce denotă o logică deformată, apărută însă în lipsa unor tulburări de memorie, calcul și critică. Este caracteristică delirului.

h).- **GINDIREA AUTISTA.** Termen prin care se subliniază izolarea bolnavului de tot ceea ce-l înconjoară. În psihologia idealistă, gândirea autistă s-a numit și **GINDIRE NEDETERMINATĂ.**

i).- **VERBİGERATIA.** O asociere de cuvinte fără nici un sens (salată de cuvinte).

j).- **PALILALIA.** Repetarea unor propoziții sau cuvinte, spre deosebire de logoclonie, în care se repetă una sau două silabe de la sfârșitul cuvântului. Poate apare în encefalita epidemică.

k).- **AGRAMATISMUL.** Bolnavul, în elaborarea construcțiilor intelectuale, folosește expresii gresite d.p.d.v. gramatical (schizofrenul vorbește despre el la persoana a III-a).

2. NEDEZVOLTAREA GINDIRII.

Este caracteristică oligofrenilor. Se datorează unui defect organic, de diferite intensități - hipofrenia - imbecilitate și idiotie.

3. DELIRUL PROPRIUZIS.

Caracterizeaza de cele mai multe ori boala psihica. DELIR vine de la DE = alaturi si LIRA = brazda. Este in principiu o idee, dar aceasta idee, nu se intilneste singura, decit rareori. De obicei se asociaza mai multe idei delirante, constituind un sistem. Dar, in tulburarile de continut a gindirii, pe noi nu ne intereseaza numai ideea deliranta propriu-zisa.

Mai exista :

- **Ideea prevalenta**, o idee care se impune bolnavului prin tenacitate si care nu este totdeauna patologica, dar poate constitui punctul de plecare a unei idei delirante;
- **Ideea obsesiva**, care are caracterul de impus; bolnavul se simte asediat de aceste idei pe care le simte ca o lezare a integritatii psihice si impotriva careia lupta;
- **Ideea deliranta**, este incorporata EU-lui bolnavului.

Ea nu apare singura, ci de regula intr-un sistem, intr-o asociatie de idei, din care motiv, modul lor de organaizare si manifestare, aceste idei se impart in :

a).- nesistematizate, haotice, fragmentare, versatile;

ele pot apare in: - unele psihoze toxice;

- delirele toxice;

- schizofrenie;

- manie (citeodata).

b).- organizate, sistematizate, persistente, incheiate si de lunga durabilitate - grupa delirurilor cronice sistematizate - delirurile paranoice.

Clasificarea delirului dupa modul de debut:

Poate apare brusc sau insidios. Mai poate fi **indus**, delirul in dus, sau "a deu"- in familie (de obicei sotul este delirant, iar sotia este oligofrena). Delirurile mai pot fi **singulare**, in contextul unei boli psihice si **asociate cu halucinatii**, delirele halucinatorii.

DELIRUL sau IDEEA DELIRANTA, este o productie intelectuala patologica, aparuta in afara realitatii si insotita de convingerea ferma a bolnavului in veridicitatea ei. Este deci o **CONSTRUCTIE MORBIDA**.

IDEEA OBSESIVA.

Ideea obsesiva, ca atare, nu este intotdeauna considerata ca efectiv - patologica, deoarece éa poate apare într-o forma frusta, minora, nu numai la unele structuri psihopatice, ci si la unele forme de nevroza, ca un epifenomen, sau si la oameni normali.

Conteaza :

- structura ideii;
- masivitatea;
- durata ei.

Ideea obsesiva devine un ritual de viata. Se discuta daca:

- e o productie pur ideativa, cu incarcatura afectiva ulterioara?
- isi are originea într-o anxietate ?

Ideea - obsesiva are o incarcatura afectivaa indiscutabila, de o tonalitate penibila.

In general, obsesia merge frecvent alaturi de cea fobica.

Un element important este anxietate, care este obligatoriu prezenta.

Fobia, de fapt este o anxietate obiectivata, proiectata pe ceva (frica de pisici, frica de apa). Din acest motiv, apare si obsesia. Fobia poate deveni sursa de ritual obsesiv.

FOBIA.

Nu exista obiect sau fenomen al naturii, care sa nu poata fi sursa de fobie. Fobiile au fost impartite in mai multe categorii:

1.- **Fobia difuza - PANTOFOBIE**, este o stare de permanenta alerta anxioasa, de tensiune emotionala, ce izbucneste brusc, prin paroxisme, fara o motivare aparenta, sau eventual in circumstante minore de viata.

2.- **Fobia sistematizata, sau MONOFOBIA**, se fixeaza precis pe un obiect.

ETIOPATOGENIE:

Exista:

a).- **fobii constitutionale (idiosincrazice)**, ce apar la indivizi dindu-se impresia ca aceasta posibilitate face parte din insasi structura personalitatii lor, adica ele ar fi numai exagerari ale dispozitiei emotive, comune, fata de animale, plante ,etc.; este vorba de o frica ancestrala fata de anumite feneomene, rezultate din necunoasterea de catre stramosi si din neputinta de a se apara de ele.

b).- **fobii accidentale**, in urma unui puternic soc emotional, surmenaj, boala, (FREUD le denumeste fobii traumatice).

Exista 2 modalitati de evolutie:

1.- **Evolutie interminenta**, mai ales monofobia, aparind in crize se remit quasicomplet spontan, apoi urmeaza o alta criza.

2.- **Evolutia remitenta**, apare in crize, dar perioada dintre crize nu mai este perfect remisa, ci mai persista rezidii fobice anxioase, la un nivel tensional afectiv mai scazut (cazul tipic al evolutiei psihasteniei).

Scoala franceza imparte fobiile in 3 categorii:

- 1.- Fobiile obiectelor si actelor.
- 2.- Fobiile lucrurilor, elementelor, bolii, mortii.
- 3.- Fobia de viutitoare.

1.- FOBIILE OBIECTELOR SI ACTELOR.

Sint nenumarate - metalofobia, belenofobia (frica de ace), mizofobia (frica de praf) toxicofobia (frica de otravuri) aicmofobia (frica de obiecte taioase), hematofobia (frica ade singe).

- fobii profesionale, la actori, fobia coafezelor (descrise de BERTILLON).

2.- TOPOFOBIILE , teama de locuri:

- de spatii deschise. AGORAFOBIE
- de spatii inchise. CLAUSTROFOBIE
- de inaltime. ACROFOBIE
- de prapastii. CREMNOFOBIE
- de tren. SIDERODROMOFOBIE
- de propria locuinta. OICOFOBIE
- de cladiri mari, monumentale. ... AMAXOFOBIE

ELEMENETE ALE NATURII, teama :

- de aer. AEROFOBIE sau ANEMOFOBIE
- de apa, riuri, mare .. TALASOFOBIE, POTAMOFOBIE
- de a bea apa. HIDROFOBIE
- de foc. PIROFOBIE
- de pamint. GEOFOBIE
- de furtuni. KEIMOFOBIE
- de fulgere. ASTRAPEFOBIE
- de munti. OROFOBIE
- de noapte. NICTALOFOBIE

- **FOBII ALE ANOMALIILOR** individuale de conformatia somatica morfobonii, fiziofobii, algofobii si gnozofobii.

a) **MORFOFOBIILE** , le studiaza amagistral MORSELLI, care le denumeste **DISMORFOFOBII**, constituie un semn de debut in schizofrenie (semnul oglinzii - bolnavul are impresia ca figura lui s-a modificat). Aici intra si **TRICOFOBIA** - frica de par.

b) **FIZIOFOBIILE**, se refera la functii sau acte normale :

- frica de somn.
- frica de a nu urina in public, de a respira, de a inghiti,
- de a nu inrosi. EREUTOFOBIE
- frica de eructatii
- frica de flatulenta. HAPOFAATOFOBIE
- frica de a vorbi. LOGOFOBIA
- frica de a scrie. GRAFOFOBIA
- frica de a sta in picioare. STAASOFOBIE
- frica de a merge. BAZOFOBIE

c) **ALGOFOBIIILE**, frica de durere, predispune la toxicofobie (bolnavul inghite multe medicamente).

d) **PATOFOBII**, frica de boala, ex: dermatofobii, sifilofobia, gonococofobia, odontofobia (frica de durere de masele) , cardiofobia si psihopatofobia.

3. FOBIA DE VIETUITOARE.

Deosebim :

- zoofobiile, de animale in general;
- einofobia, frica de ciini, care poate fi secundara unei rabiofobii;
- OCLOFOBIA. frica de multime;
- ANTROPOFOBIA. ... frica de oameni;
- FOBOFOBIA. teama ade fobie.

Deosebirea dintre **IDEEA FOBICA** si **IDEEA OBSESIVA** consta in:

- in I.F. - anxietatea este proiectata pe un obiect care se percepe;

- in I.O. - anxietatea se proiecteaza nu printr-o fobie, ci pe o idee (se bazeaza pe cel de-al doilea sistem de semnalizare).

- I.O. este o idee constienta, rationalizata, involuntara.

- I.FIXA fiziologica este dorita, voluntara, iar I.FIXA patologica este inconstienta si deliranta.

Ideile obsesive sint foarte numeroase si se refera la probleme de sanatate, existenta (cele metafizice, care duc la obsesia indoielii) cele referitoare la sanatate duc la obsesii hipocondriace.

Ideile obsesivo-fobice pot fi intilnite sub forma de SIMPTOM in diferite afectiuni psihice, sub forma de SINDROM, cind pot pentru o anumita perioada de timp - sau definitiv - sa caracterizeze un cadru nozografic (in psihastenia sau in nevroza obsesivo-fobica).

Ideea obsesivo-fobica nu este caracteristica pentru nici-o maladie.

TRATAMENT:

Tratamentul este de lunga durata in psihastenie, pentru ca vizeaza fondul personalitatii. Are totusi rezultate modeste.

Schema de tratamente:

1).4 pina la 6 electrosocuri, de preferata asistate, cu scopul de a fisura nucleul psihastenic al personalitatii, de a-l permeabiliza pentru chimio si psihoterapia ulterioara.

2).CHIMIOTERAPIA, cu doua variante:

a).- NEULEPTIL, 2 comprimate (20 - 30 mg.); 40,50,60 mg.progresiv.

- ANTIDEPRIIN 50 - 100 mg. dimineata (2-4 tb.) (1 f = 2 tb. ca eficienta.

- AMITAL SODIC, seara, cu efect scurt, pentru a induce somnul.

- BARBITURIC, seara, cu efect anxiolitic.

b).- Anxiolitice:

- NAPOTON, cel putin 4 tb.(chiar 8 tb.);

- AMITAL

- DIAZEPAM, care pot fi asociate cu NEULEPTIL, sau cu LEVOMPROMAZINA, in doze mici (25 mg.impartite in 2 - 3 prize).

c).- PSIHOTERAPIE DE SUSTINERE.

Se va tine cont de teren, daca este psihastenie veritabila, se va tine cont de virsta pacientului, etc.

DELIRUL.

Ideea deliranta si delirul reprezinta elementele caracteristice pentru o psihoza.

In decursul timpului, sub termenul de delir s-au inteles stari psihopatice foarte variate, de unde, cu timpul, s-au putut face o serie de discriminari, care au permis, in ultima instanta, odata cu dezvoltarea psihiatriei moderne (mijlocul sec. XIX.) sa se stabileasca criterii mai precise, in delimitarea si extinderea notiunii de delir. Este meritul scolii germane si a celei franceze (JASPERS, MAGNAN, FALRET, SEGLAS, MORSELLI - au aratat multitudinea de tematici etiopatogenice si nosografice, in care apare delirul).

Astfel se explica faptul ca azi se disting 2 categorii mari si deosebite de delir:

1.-Delirul care apare pe fondul unei constiente tulburate, este "delirium" (cu "d" mic). Se caracterizeaza prin aceea ca el reprezinta un accident,deobicei consecinta unei intoxicatii, a unei infectii. Fata de acest delir, bolnavul are o atitudine in general pasiva. Asista la efluorescenta delirului si la stingerea lui, pastrand in amintire frinturi din aceasta experienta deliranta.

Uneori, aceste frinturi sint bine exprimate - delirul rezidual.

Alteori, ele pot constitui matricea pe care se va dezvolta ulterior alt delir.

2.- Delirul veritabil = WAHN (ger.) - COINCIDE cu definitia delirului.

Este un delir incorporat in personalitatea bolnavului, un delir care pune stapinire pe viata instinctivo - afectiva a bolnavului incit conduita bolnavului nu face altceva decit sa reflecte productia deliranta(neoformatia deliranta). El se dezvolta in afara realitatii obiective, comune. El poate avea intensitati si cuprinderi temporale variabile.

Scoala franceza a lui HENRY EY sustine ca delirul ar constitui prin similitudine cu sistematica biologica, un gen , si ca in cadrul acestui gen, exista specii ale genului, adica specii de delir.

In felul acesta, el incearca sa dea o viziune unitara multitudinii de aspecte pe care le imbraca productia deliranta in psiopatologie.

Modalitati de aparitie a delirului: **DEBUT BRUSC**, sub forma intuitiei delirante, spre deosebire de **DEBUTUL LENT**, progresiv, ca o consecinta a unor pretexte cotidiene, obisnuite, prin deductie uneori sau ca o consecinta a unor halucinatii. Un fel de mecanism de interpretare a fenomenelor reale.

Poate fi:

- delir ca o consecinta aparenta a halucinatiei;
- delir fara halucinatii.

Dupa organizare:

- delire sistematizate, cu o tematica unica, argumentala, de aspect plauzibil;
- idei sau delir cu tematica multipla, polimorfa, nu rareori contradictorie, sau

pot exista constelatii de tematici delirante.

Dupa durata:

- labile, versatile, fugace, de scurta durata - cele cu " d " mic

(cele din confuziile mintale, din manie);

- persistente, durabile, intinse pe toata viata - in paranoie sau in delirele cronice sistematizate.

Dupa continutul tematicii delirante:

Se descriu variatii, dependente de o serie de factori:

- 1).- **virsta** (la copii delirul imaginativ);
- 2).- **sexul** (la femei tematica erotica, mistica; la barbati politica);
- 3).- **scolaritatea**, gradul de instructie si mediul cultural al bolnavului; s-a constatat ca, la oligofrenii superiori, precum si la neinstruiti (la structuri intelectuale primitive) predomina delirul hipocondric, mai ales in mediul rustic; la cei instruiti - delirul cosmogonic.

Din punct de vedere cultural si social - istoric, in evul mediu, exista delirul de licanotropie, de posesiune diabolica, delirul mistic de posedare - delirurile demoniace. In societatea noastra se intilnesc delirele cu tematica moderna - cibernetice, cosmogonice.

Deci : - modalitate - intuitiva;

- interpretativa;
- halucinatorie.

CLASIFICARE:

S-au descris mai multe tipuri de delir, la inceput zeci si zeci de forme, fara nici un fel de sistematizare.

1.- **DIDE si GUIRAUD**. - Clasifica in raport de starea afectiva:

a).- **delire paranoide** (cu afect de suspiciune) - delirul de interpretare, urmarire, relatie, otravire - in schizofrenie;

b).- **delire expansive** (cu afect auforic) - paranoia, delirul megalomane, grandomania, delirul de inventie, delirul genealogic, delirul de satisfactie - in psihoza maniaco - depresiva.

c).- **delire micromanice** (cu efect depresiv) :

- delirul de vinovatie sau de culpabilitate;

- delirul de prejudiciu;
- delirul de ruina, de stricaciune;
- delirul de negatie;
- delirul cenestopatic.

Apar in psihoza maniaco - depresiva, f. melancolie.

d).- alte forme de delir:

- delirul indus;
- delirul mistic;
- delirul zooantropic;
- delirul de gelozie, delirul erotic.

e).- delire experimentale - apar dupa administrarea de substante psihodisleptice (L.S.D. mescalina, psilocibina, hasis, etc.).

2. Dupa evolutia lor:

- care duc la dezorganizarea personalitatii (in schizofrenie);
- care nu duc la dezorganizarea personalitatii (delirurile cr. sistematizate, parafreniile).

Aici exista 2 puncte de vedere O.M.S. este adeptul clasificarii dupa evolutie, cu corectivul ca exista o grupa mare de cel care duc la dezorganizare P.- cele schizofrenice, dar introduce aici si parafrenia si cea mai mare parte a delirurilor cronice, raminand in grupa celor care nu duc la dezorganizare. P. - grupa limita - un numar de cazuri paranoice.

Scoala franceza, pastreaza aceasta clasificare, dar spune:

- delire fara evolutie dificitara:

- a).- delire cronice sistematizate;
- b).- psihoza halucinator - deliranta (a lui GILBERT VALLE);
- c).- parafreniile (deliruri fantastice).

- delire cu evolutie spre deficit - schizofrenia.

a).- DELIRELE CRONICE SISTEMATIZATE.

Se caracterizeaza prin :

- 1.- Delirul este prins in constructia insasi a personalitatii delirantului.

2.- Se dezvoltă in ordine si claritate, fiind caracterizat printr-o constructie in anumita masura logica, dar cu puncte de plecare de la elemente false, erori sau iluzii.

3.- Realizeaza o polarizare a tuturor fortelor afective, in sensul unei constructii delirante ce subordoneaza intreaga activitate psihica telurilor sale.

4.- Prin relativa lor coerenta, plauzibilitatea, rezulta puterea lor de convingere sau contaminare (delirul indus, delirul colectiv).

- Adeseori, aceste deliruri au la baza asa - numitul caracter paranoic, manifestat prin: neincredere, orgoliu, agresivitate, falsitatea judecatii, psihorigiditate.

b).- PSIHOZA HALUCINATOR DELIRANTA.

Prezinta halucinatii : a fost numita si **nebulie senzoriala** sau **paranoia halucinatorie**. Sint prezente: halucinatii, pseudohalucinatii, sindromul de automatism mental (al lui CLEREMBEAUD).

c).- PARAFRENIILE sau DELIRELE FANTASTICE.

- delir cronic sistematizat. schizofrenie.

Se caracterizeaza prin :

- caracterul patologic al constructiilor delirante;
- frecventa si importanta factorilor imaginativ si halucinator;
- superpozitia unei realitati fantastice, proprie bolnavului, pe una obiectiva, concreta, reala, in care bolnavul ramine adaptat destul de bine;
- absenta dezagregarii personalitatii si conservarea capacitatii intelectuale.

Deci, o traire pe 2 planuri :

- pe planul delirant;
- pe planul social - real.

In toate aceste 3 mari categorii, apar si alte caracteristici, date de virsta , sex, mediu social, etc.

A.- DELIRUL IN SCHIZOFRENIE.

Duce la distrugerea personalitatii. Se caracterizeaza prin:

- polimorfism;
- nesistematizare;
- tendinta spre cronicizare;
- este insotit de halucinatii.

B.- DELIRUL in MANIE.

Este expansiv, mobil, fugace, verosimil. Invadeaza personalitatea, dar nu o degradeaza. Se vindeca cu "restitutio ad integrum".

C.- DELIRUL in MELANCOLIE.

Este delir micromanic, tenace, fiz (adara la o tema), dureros (cu rasunet afectiv penibil). Apare in formele de involutie, cu tendinta spre cronicizare. Apare ca o particularitate in sindromul lui LUCIEN - COTARD, care este de fapt un delir caracterizat prin enormitate, imortalitate, negatie.

D.- DELIRUL in PARAFRENIE.

Debutul este uneori caracteristic:

- sistematizat;
- halucinator;
- imaginativ;
- cu multe confabulatii;
- invadeaza personalitatea, fara a o dezagrega, cel putin pentru multi ani de zile, bolnavul traind pe 2 planuri (delir si realitate).

E.- DELIRUL in PARANOIA.

Este sistematizat, interpretativ sau pasional, bazat pe o paralogie, cu mare incarcatura afectiva, fara halucinatii, fara dezorganizarea personalitatii.

F.- DELIRUL in OLIGOFRENII.

Oligofrenii pot face un bufeu delirant, dar acesta este sarac ca tematica, dar foarte tenace. Ca modalitate de aparitie, este un delir indus.

Ca tematica, este cenestopat, hipocondric, uneori erotic si mistic.

Personalitatea este deja degradata. Profschizofrenia - delir schizofrenic, grefat la un oligofren

G.- DELIRUL in DEMENTE.

Pot debuta uneori sub forma unei psihoze, si sa apara astfel delirul.

Caracteristicile acestui delir sint: mobilitatea, nota de contradictoriu, absurditatea. Dementul delireaza numai la inceputul dementei.

Pe masura ce procesul obiotrofic avanseaza, se sterge si delirul.

H.- DELIRUL in CONFUZIA MENTALA.

Aici delirul este cel cu "d" si apare pe un fond de tulburari de constiinta, care merg de la obnubilare la. . . . (?).

Este insotit de halucinatii. Este un delir oniric (asem. visului).

Nu este sistematizat, desi uneori poate imbraca aspecte particulare (delir profesional). Se vindeca, cu exceptia delirurilor reziduale.

Tot la confuzia mentala, intra si **ALCOOLISMUL**. Delirul poate apare in intoxicatiile acute, la un etilic cronic, sau din cauza unui sevraj, ca episod acut al etilismului (delirium tremens sau episod delirant halucinator oniric). Poate apare in etilismul cronic, dar sa aiba un debut lent, progresiv si cu o durata destul de mare, mergind pina la degradarea personalitatii: delirul de gelozie al alcoolcilor, paranoia alcoolica.

I.- DELIRUL in NEVROZE si PSIROPATII.

Nu exista delir. Cind apare, este urmat de compensari psihotice reactive (in cazuri exceptionale).

J.- DELIRUL în EPILEPSIE.

În epilepsia cu tulburări psihice, poate paroxistic să apară delirul. Sau cazul unor evoluții îndelungate, poate apărea ca tulburare de fond și un delir mistic (unii au descris și un delir de aspect schizofreniform).

TULBURARILE DE IMAGINATIE SI TULBURARILE DE LIMBAJ.

Imaginatia, ca fenomen psihic, reprezinta o reprezentare mintala a unor imagini nepercepute anterior, dar a caror geneza este ancorata strins in realitate. Fenomenul imaginativ se realizeaza din combinarea intr-o forma noua a unor elemente cistigate in decursul experientei noastre. Se bazeaza pe prelucrarea tuturor reprezentarilor traite.

Mecanismul de realizare a proceselor imaginative normale:

La procesele imaginative se ajunge prin urmatoarele mecanisme:

- 1.- aglutinarea;
- 2.- amplificarea si diminuarea;
- 3.- tipizarea;
- 4.- schematizarea.

Aglutinarea.

Imaginile noi se creaza prin fuzionarea unor reprezentari ce oglindesc diferite aspecte ale unui obiect sau unor fenomene.

Cel mai frumos ex. il ofera mitologia antica greaca, romana.

Spiritul creator uman este fara limite.

Amplificarea si diminuarea.

Exagerarea sau micșorarea anumitor insusiri ale unor obiecte sau fiinte.

(Gulliver, personajele liliputane, toate personajele din mitologia noastra - basmele lui Petre Ispirescu).

Tipizarea.

Se realizeaza prin faptul ca se incearca o combinatie si o generalizare a unor trasaturi caracteristice unor personaje si apoi individualizarea intr-un singur personaj (Dinu Paturica).

Schematizarea.

Sublinierea proprietatilor esentiale ale unui obiect, unui fenomen, cu inlaturarea celor neesentiale.

Caracterul imaginatiei.

Poate fi voluntara sau involuntara, dupa modalitatea de aparitie in constiinta, cu sau fara interventia factorului volitional, si dupa scopul sau finalitatea ei. Cea involuntara este imaginatia care apare in special in vise si in starile de reverie.

Depinde de dinamica functiunilor psihice si de cubajul intelectual.

Factorii care declanseaza imaginatia voluntara sint **factorul volitional** si **finalitatea**.

Factorii care determina imaginatia involuntara - apare in special in vis .

Se distinge:

- imaginatia reproductiva;
- imaginatia creatoare.

I.reproductiva, se bazeaza pe o serie de reprezentari,citite, ascultate, vazute. Ex. recunoasterea unui fenomen dupa o simpla fotografie, care fara posibilitatea de a reconstitui un intreg (arheologul).

I. creatoare, aici intervine combinarea într-o formula nouă a unor reprezentări cistigite în cursul experienței.

Mecanismul ei este foarte complex, realizat prin succesiunea unui ansamblu de fenomene ce se realizează, se întrepătrund.

Mecanismele de reglare a procesului creator:

Apare ca o idee vagă, dublată de o tensiune emoțională.

Ea se continuă cu o perioadă de deliberare (gestația concepției)

Apoi - cristalizarea acestei idei în variante, dintre care se alege apoi cea considerată optimă, care și ea e dublată de un fenomen afectiv, dar invers decât cel inițial = descătușarea.

Ontogeneza imaginației. Etapele prin care trece persoana umană.

Imaginația apare la copil la vârsta de 2 - 3 ani. Este o perioadă complexă a copilului, el animează toate obiectele, cu care conversează.

... În adolescență se produce o exacerbare a imaginației.

Rolul imaginației:

Deosebit de mare și de important în procesul gândirii umane și în întreaga viață. Este important în geneza progresului științei și a conștiinței artistice. Bogăția imaginației este în funcție de o serie de factori:

1.- cubajul intelectual;

2.- gândirea evoluată. Sunt factori esențiali în bogăția imaginației.

Procesul imaginativ este foarte diferit de la creator la creator și astfel se explică marea diversitate care există în artă.

TULBURĂRILE DE IMAGINAȚIE.

Se poate întâlni o scădere sau o exaltare a imaginației, sau se pot întâlni tulburări calitative ale imaginației.

În mod normal, omul nu are o atitudine critică asupra produselor imaginației. Patologic - deficit de diferențiere între ceea ce este real și ceea ce este imaginar (de obicei în psihopatii).

Factorii care permit apariția tulburărilor de imaginație:

a)- dezechilibru afectiv - emoțional;

b)- tulburări de memorie;

c)- tulburări în procesele intelectuale (în special judecarea).

Tulburările de imaginație îmbracă un anumit caracter, în funcție de celelalte tulburări pe care le găsim la același caz. Ex:

- în stările de excitație - o exaltare a imaginației;

- în stările maniacale - exaltări episodice;

- în formele de manie delirantă;

- la psihopati - tulburări ce îmbracă aspectul de mitomanie;

- scădere a imaginației se observă în următoarele afecțiuni:

- acolo unde intelectul este scăzut;

- în formele prezenile și senile.

Tulburările date de modificări în **DINAMICĂ** - în confuzia mintală (tulburări dinamice și, în general reversibile).

Alte tulburări calitative:

- delirul imaginativ din schizofrenie;

- confabulația din sindromul Korsakov (are ca mecanism o

tulburare a memoriei de fixare).

Confabulația, în funcție de etiologie:

În Korsakov-ul alcoolic se pot evidenția cu ușurință, pentru că se declanșează spontan.

În Korsakov-ul post-traumatic (o confuzie mintală subacută) - fenomenele confabulatorii se pun în evidență numai dacă sunt provocate.

Mitomania.

Imbraca, mai multe aspecte si poate avea diverse intensitati si gravitati:

- mitomania vanitoasa - la psihopati si isterici;
- mitomania maligna - aici exista, pe langa toate tulburarile si o nota de sadism (calomnie = plasmuire imaginativa; bolnavul urmareste efectele acestei calomnii, cu o placere sadica extraordinara); calomnia are o componenta imaginativo - sadica.

Debilul mintal poate strabate o serie de bariere sociale.

Mitomania unui psihopat trebuie diferentiata de imprejurarile cu care se relateaza unele fapte, fara rea - intentie, ci datorita unui deficit de atentie, sau datorita unui deficit de memorie.

Delirul de imaginatie al lui DUPRE - o tulburare ce se desfasoara intr-un mod luxuriant. Bolnavul se "desfasoara" foarte bogat. Acest delir se intalneste in parafrenii, in schizofrenie.

Visele si starile de reverie sint si ele tributate imaginatiei.

LIMBAJUL

Procese comunicarii umane, privite istoric si functional, stau la baza insasi a umanizarii, a constituirii psihologice culturale si spirituale a oamenilor. Dupa LEVI STROS, comunicarea este prin excelenta un sistem de schimb de semnificatii. Exista multiple modalitati de comunicare:

- comunicarea prin gesturi;
- comunicarea afectiv - expresiva (prin mimica emotionala si prin pantonima);
- comunicarea atitudinala;
- sistemul comunicarii verbale, realizat prin intermediul cuvintelor si al limbajului sonor;
- comunicarea prin scris;
- comunicarea prin simboluri logice, matematice, imagini plastice, artistice, etc. - limbajele artificiale (cel stiintific, artistic, tehnic).

Comunicarea umana, de natura psiho - sociala, presupune urmatoarele elemente succesive:

- 1.- Intentia comunicarii, sau scopul.
- 2.- Mijloacele psiho - sociale.
- 3.- Efectul comunicarii (modificarile de comportament pe care le produc).

COMUNICAREA VERBALA.

Limbajul uman este cel mai complex fenomen psiho - social, una din principalele manifestari ale personalitatii umane, constituind de fapt , istoric, actul fundamental de legitimare a omului.

Ca fenomen, limbajul indeplineste functiile de :

- acumulare;
- transmisie;
- comunicare a experientei umane;
- functia de cunoastere, prin codificarea semnificatiilor lumii reale, in cuvinte si structuri verbale;
- functia de intelegere sociala, si de modelare morala a indivizilor cu rol in cuprinderea sistemelor de criterii si valori morale. Limba este in primul rind un instrument pentru transmiterea de informatii, care se refera la obiectele sau neanimate, reale sau imaginare, la fenomene, proprietati , manifestari si relatii cauzale sau temporospatiale ale acestor obiecte sau fenomene.

Se mai refera la traiiri sau stari existentiale, cu toate elementele lor definitorii. Limbile naturale sint un produs al vietii sociale, un produs social. Ele pot fi studiate

sub aspectul lor sincron, cind se analizeaza in momentul prezent, sau sub aspectul lor diacron, cind se urmaresc legile transformarii in timp ale unei limbi.

Cercetarile moderne au dus la noi fundamentari teoretice in lingvistica, la noi aspecte in studiul limbilor, a lingvisticii matematice la crearea de limbi artificiale, create pentru uzul ordinarilor.

LIMBAJUL CA FENOMEN PSIHOLGIC, este procesul individual de folosire subiectiva si personala, de catre fiecare individ, a sistemului general al limbii. Deci, daca limba unui popor este unica si aceeaasi pentru toti membrii colectivitatii care o vorbesc limbajul se constituie individual, in tot atitea variante individuale, citi indivizi folosesc limba data.

Limbajul = limba in actiune.

Limba = instrumentul folosit in limbaj si este un fenomen istoriceste constituit, in timp ce limbajul cuprinde operatiile pe care le executa un subiect, cind utilizeaza o limba, fie pentru a emite o comunicatie, fie pentru a receptiona o comunicatie.

Astfel, limbajul se incadreaza in comportament.

Limbajul este strins legat de expresivitatea umana. - Limbajul comun si, natural al oamenilor, se realizeaza prin vorbire, adica prin emiterea unui sistem structurat si codificat de sunete, ordonat dupa anumite legi conventionale si atribuitoare de semnificatii.

Limbajul uman poate fi si scris, sau organizat dupa alte modele de sisteme si codificare (Morse, muzical, artistic).

Limbajul asigura influenta unui subiect asupra comportamentului altui subiect. In cazul limbajului scris, comunicarea emisa de un subiect, poate actiona si peste secole.

Limbajul se desfasoara intre minimum 2 subiecti, care se influenteaza reciproc. In lumea animala, limbajul este totdeauna foarte simplu, fiindca se folosesc forme foarte simple. Limbajul are maximum de dezvoltare la specia umana. Omul dispune de 3 sisteme principale de comunicare:

- limbajul vorbit (rolul principal);
- limbajul scris;
- limbajul gestual, care cuprinde si mimica.

Se vorbeste de anumite planuri ale limbajului:

I.- planul energetic, ce cuprinde formele de energie utilizate pentru a purta informatia;

II.- planul informational, ce cuprinde legile statistice ce domina distributia diferitelor elemente energetice, intr-un enunt vorbit sau scris;

III.- planul semantic, care se refera la continutul si semnificatiile enunturilor;

IV.- planul pragmatic, care se leaga de intentiile emitatorului si de efectele produse asupra receptorului.

Inercind o sistematizare a functiilor limbajului ca fenomen psihologic, prima si cea mai importanta functie este cea de **comunicare**, TUDOR VIANU se refera la dubla functie de comunicare prin limbaj.

- Limbajul comunica o cantitate de informatii, dar prin el, omul se comunica, adica isi dezvaluie o complexitate de stari.

2.- Functia cognitiva - limbajul este implicit in aproape toate procesele de cunoastere. El, participa direct la realizarea proceselor de cunoastere a realitatii obiective de catre om, in sensul ca cuvintele poarta semnificatia in legatura cu lucrurile ce trebuiesc cunoscute.

3.- Functia de reglare si autocontrol al actiunii. Este de fapt implicata in (2). Orientind desfasurarea proceselor psihice, sistemelor lingvistice exercita o influenta reglatorie, asupra intregii conduite a omului.

4.- **Funcția afectivă**, de declansare, amplificare sau estompare a unor trăiri emotionale la interlocutori. Este legată de **funcția expresivă (5)** ce constă în exprimarea atitudinii afective a omului față de obiectele și fenomenele lumii reale, sau față de alte persoane.

5.- **Funcția de comandă**, de provocare a unui anumit comportament la individ sau la interlocutor. Se mai numește și funcția persuasivă adică capacitatea limbajului de a exercita o influență asupra voinței celorlalți oameni, în timpul comunicării verbale.

În anumite condiții, forța de acțiune a cuvintului, devine excepțional de mare.

6.- **Funcția metalingvistică**. Se referă mai mult la statutul juridic al cuvintelor.

7.- **Funcția poetică**, legată de crearea frumosului și exprimarea prin limbaj a aspectelor estetice.

8.- **Funcția faptică** - mai mult o funcție psiho - socială și se referă la menținerea unor contacte sociale între persoane ("ce mai faci"?).

INTERPRETAREA CIBERNETICĂ A LIMBAJULUI.

Întreg sistemul de comunicare prin limbaj, funcționează ca un sistem cibernetic foarte complex. Procesul comunicării verbale s-ar realiza ca un sistem activ, de emisie - recepție a informațiilor constituite în mesaje, care circulă sau sunt purtate între cel puțin doi interlocutori.

Sistemul se compune din 5 elemente principale:

1.- **EXPEDITORUL**, generator de informație, la nivelul căruia se eliberează mesajele și se declanșează actul comunicării.

2.- **EMITATORUL**, un subsistem de emisie a semnalelor.

3.- **CANALUL**, adică linia de transmisie a informației codificate.

4.- **RECEPTORUL**.

5.- **DESTINATARUL**, instanța, care primește mesajul și îl interpretează.

Aceeași persoană, poate fi cînd (1) cînd (5), după cum emite sau recepționează în procesul de comunicare. Canalul este tot ceea ce separă sursa de destinație.

Expeditorul elaborează mesajul prin intermediul unor activități psihice, deci formulează idei sau adresează comandă, printr-un aparat specific de emisie (aparatură vocală, sau aparatul verbal - motor, în cazul scrierii mesajului). În cazul vorbirii - un cod lingvistic sonor, compus din consoanele și vocalele care alcătuiesc cuvintele. Comunicarea în scris face uz de codul literelor.

În funcția completă a comunicării, prima condiție esențială este transmiterea dublă și legătura continuă între expeditor și destinatar.

Apoi, o anumită compatibilitate a interlocutorilor, ce constă în folosirea cel puțin a aceluiași sistem de semnale și cunoașterea aceluiași cod. (Compatibilitate de vîrstă, de pregătire, de cultură).

Concluzia: sistemul limbajului este unul din cele mai echilibrate sisteme, care are o mare posibilitate compensatorie. H.E.Y. consideră că limbajul este un sistem deschis, deci fie ca sistem în ansamblul psihicului uman, fie ca un subsistem al gândirii și intelectului.

MECANISMELE NEURO - FUNCTIONALE ALE VORBIRII.

VORBIREA = codarea mesajelor și producerea semnalelor verbale sonore.

Ea poate să aibă un caracter original, creator, sau un caracter reproductiv. Desfășurarea vorbirii poate lua caracterul de dialog, sau de monolog. Sunt folosite mijloace expresive care subliniază unele aspecte ale vorbirii (mimica, gesturile, pantonima).

Totalitatea termenilor verbali pe care îi stăpînește și îi folosește un individ, constituie vocabularul său, care a fost subdivizat în 2 zone ale limbajului:

- vocabularul și limbajul activ, care intră ușor în comunicare;
- limbajul cu vocabular pasiv - la solicitări mai expresive.

Actul vorbirii - ca mecanism - porneste de la intentionalitatea, adica dorinta individului de a comunica ceva. Intervin mai multe sisteme energetice, iar S.N.C. are rolul reglator.

D.P.d.v. fiziologic: Limbajul vorbit este realizat de vibratiile unei coloane de aer, care circula de la plamini, prin trahee si se termina in cavitatea naso-bucala. Intervin muschiul diafragmului, m.abdominal si intercostal, prin contractia carora este expulzat aerul din plamini.

Aceasta coloana de aer sub presiune, declanseaza vibratia coardelor vocale ale aparatului fonator. Intensitatea si modulatiile acestor vibratii sint reglate apoi de sistemele de rezonatori - rezonatorul faringian, bucal si rinofaringian. De ex: rezonatorul bucal, cu ajutorul elementelor sale (limba, dintii, formatiunile labiale) fixeaza caracteristicile relativ constante ale sunetelor, deci calitatea lor de a fi dentale, labiale, surde sau explozive.

Modificarea succesiva a sonoritatii, este asigurata de rezonatorul faringian. Inaltimea sunetelor verbale, depinde de vibratia coardelor vocale, in timp ce intensitatea depinde de modificarile presiunii aerului emis in rezonatorul faringian si bucal.

Coordonarea rezonatoarelor bucal si faringian este efectuata si controlata neaparat prin auz. De aceea, indivizii nascuti surzi - muti.

Vorbirea sonora este reglata de extremitatea corticala a analizatorului verbo-motor, situat in zona centrala a emisferului sting.

Acest analizator verbo-motor se afla in interactiune cu analizatorul verbo - auditiv, existind intre ei o legatura atit de puternica, incit unii neurofizicieni vorbesc despre un sistem complex auditiv - verbo - motor.

CORELATIA LIMBAJULUI cu celelalte FUNCTII PSIHICE.

Sint in relatii de interdependenta. Gindirea si inteligenta sint desigur premisele sale fundamentale de dezvoltare. Principalul continut al comunicarii verbale il formeaza gindirea. In procesul limbajului, sint vehiculate, cu ajutorul unitatilor lingvistice (propozitia, fraza) in primul rind notiunile, judecatile, rationamentele si ideile. Omul nu poate gindi, fara sa foloseasca mijloacele lingvistice. Maia contribuie la dezvoltarea limbajului: afectivitatea, imaginatia, vointasi atentie. pentru realizarea limbajului, este absolut necesar sa exercite un potential ereditar, care este elementul de baza, dar si un anumit mediu social, o influenta sociala, care sa intervina si sa opereze la timp.

DEZVOLTAREA LIMBAJULUI SI TULBURARILE LIMBAJULUI VORBIT SI SCRIS.

Copilul normal poarta potentialitatile limbajului. Limbajul presupune, mai mult decit oricare functie, interactiunea constanta a individului si mediului sau uman, existenta unui model de imitat si existenta unui sistem la care trebuie sa se adapteze. In aceasta elaborare a limbajului, se pot distinge mai multe stadii:

a).- Stadiul prelingvistic - incepe prin strigat, care din simplu reflex nociceptiv, devine apoi expresia unei dorinte nesatisfacuta si apoi semnifica un apel la anturaj. Din a II-a luna, strigatul se moduleaza, in vocalizari tot mai complexe, de ex: in asa - zisele la - latuni. Se stabilesc anumite grupe fonetice, care iau o anumita semnificatie.

b).- Stadiul lingvistic propriu - zis - debutul lui se situeaza spre a IX- a luna. Consta din:

- intelegerea citorva formule simple;
- elaborarea primelor cuvinte, pe care copilul le modeleaza dupa fonemele pe care le aude (de aici - rolul anturajului);
- timp de mai multe luni, el nu utilizeaza decit un numar mic de cuvinte: tata, mama; aceste cuvinte, fiecare ia semnificatii tot mai nuanstate si au valoare de fraza (este stadiul de cuvint - fraza);

- apoi, vocabularul se imbogatesta cu numele persoanelor familiare, negatia, afirmatia, nume de lucruri, etc. si ajunge la descoperirea verbului, care permite construirea primelor fraze; dupa ce copilul a vorbit despre sine insusi la persoana a III-a, treptat, pe masura ce ia cunostinta de propriul sau Eu, din al IV-lea an de viata, incepe sa utilizeze pers. a I-a sing. si ajunge astfel la structuri gramaticale esentiale; ulterior, limbajul si vorbirea se imbogatesc prin procesul instructiv - educativ;

- etapa prescolara, scolara mica, scolara mare;

- adulti - profesionalizarea limbajului.

In cursul dezvoltarii sale, limbajul este polivalent.

Diversele sale intrebuintari au fost studiate de OMBREDANE :

1.- **uzajul afectiv** - este limbajul cel mai primitiv , cu o structura rudimentara agramaticala; aspectul tipic este reprezentat de interjectie;

2.- **uzajul ludic** - reprezentat la copii de jocurile de silabe, iar la adulti la jocurile de cuvinte (sau calambururi);

3.- **utilizarea practica** - sub forma de ordine, indicatii, de gesturi sau obiecte, reclamate de o anumita situatie si vizind imediat actiunea ; de ex: limbajul sefului ce dirijeaza o actiune, sau al muncitorilor care lucreaza in echipa;

4.- **utilizarea reprezentativa**, de descriere, explicarea sau narare, care tinde sa figureze un obiect sau sa reprodusa verbal o situatie;

5.- **utilizarea dialectica** - cea mai abstracta - sub forma discutarii, argumentarii si demonstrarii.

Aceste diverse procedee sau utilizari ale limbajului intervin in mod curent la adult si se combina in functie de o situatie data, conform unei legi de economie (se foloseste cel mai simplu tip de limbaj, care este suficient pentru a asigura succesul unei sarcini determinate).

FORMELE LIMBAJULUI.

Limbajul extern = limbajul comunicabil, un limbaj pentru ceilalti.

Limbajul intern = limbajul pentru noi, de comunicare cu noi insine.

Formele limbajului extern :

- limbajul oral sau vorbit;

- limbajul scris.

In functie de interlocutor si de structura comunicarii, vorbim despre un limbaj monologat sau un limbaj dialogat.

Dupa felul exprimarii, deosebim:

- forma vorbirii directe;

- forma vorbirii indirecte, de exprimare la modul figurat, ori utilizarea mijloacelor stilistice ale limbii.

In conceptia moderna, care s-a dezvoltat in ultimul timp (deceniu) in Franta, a limbajului total in educatie, se prevede utilizarea si a limbajului tehnic contemporan, l. sunetelor, l. culorilor, l. imaginilor muzicale, al formelor, l. micului si marelui ecran, al discului, radio-ului, deci **AL EXPRESIEI TOTALE**.

Limbajul scris se caracterizeaza prin elaborarea mesajelor si fixarea lor in semne grafice, deci cuvinte si fraze scrise. Limbajul scris s-a dezvoltat pornind de la limbajul oral si se obtine si astazi cu ajutorul unui proces de instruire speciala, odata cu insusirea citirii (in procesul instructiv - educativ).

RELATIA ISTORICA intre IDEE si EXPRESIA sa GRAFICA.

a).-**Scrierea pletografica (arhaica)** - reprezentarea prin desen a fiecarui lucru sau fiinta, despre care se vorbea (picturile din pesteri);

b).-**Scrierea ideografica** - reprezentarea lucrurilor prin anumite semne, denumite ideograme.

c).-**Scrierea fonetica** - fixarea unui sistem de semne grafice corespunzatoare sunetelor vorbirii (24 - 35 semne grafice).

Odata cu inventarea tiparului, scrierea fonetica a devenit mijlocul principal de acumulare si fixare a informatiilor.

Astazi, datorita exploziei informationale, memoria scrisa a societatii devine tot mai putin suficienta si incep a fi folosite si alte forme de limbaj (l. masinilor si al calculatoarelor electronice) si sisteme de codificare mult mai economice fara a se renunta la scriere, ca mijloc fundamental de cultura si civilizatie.

Limbajul oral, este mult mai elocvent decat cel scris, pentru ca beneficiaza de : - intonatia emitatorului;

- relatia sa directa cu interlocutorul;

- expresia mimica.

Limbajul oral angajeaza activ in comunicare intreaga personalitate a expeditorului. Viteza medie a vorbirii este de 12,5 sunete pe sec. adica 5 silabe, adica 2 cuvinte pe sec. Scrierea medie este de 2 - 3 litere pe sec. adica de 6 ori mai incet decat vorbirea. Viteza gindirii (si a limbajului intern) este de 400 cuvinte/minut, fiindca viteza citirii (in gind) este de 1000 semne = 300 cuvinte/minut. Citirea ar corespunde cu dinamica gindirii.

TRASATURILE CARACTERISTICE ALE LIMBAJULUI.

- in perioada de excitatie si de iritare - creste nr. verbelor folosite la timpul prezent;

- megalomanii si personalitatile paranoice folosesc in exces pronumele personal la pers. a I-a sing.;

- timizii si rationalistii - Pers. a I-a plural;

- obsesivii, nehotariti, indivizii care sint mereu in dilema si problematizeaza totul, prefera articolul nehotarit, ceea ce da un caracter vag si imprecis expunerii;

- fanaticii sau procesomanii - in exces articolul hotarit;

- in stari de oboseala, somnolenta, surmenaj, dezinteres, plictiseala, se pot observa repetitii inutile de cuvinte sau fragmente de fraze;

- pauzele in vorbire - uneori pot capata o anumita semnificatie, in functie de frecventa si durata lor, care ne pot indica fie faptul ca bolnavul refuza sa ne spuna ceva, sau doreste sa ascunda unele lucruri, fie faptul ca are greutati in exprimare, isi cauta unele cuvinte.

TULBURARILE DE VORBIRE.

Sint, de fapt, o traducere a tulburarilor de gindire.

Se impart in 3 categorii:

1.- **DISLOGII** - se datoresc modificarilor psihice, cu integritatea functiilor limbajului.

2.- **DISFAZII** - datorite tulburarilor functiei limbajului, in care se incadreaza de fapt afaziile.

3.- **DISLALII** - tulburari ce intereseaza vorbirea articulata.

AFAZIILE.

Sint tulburari de limbaj, datorate leziunilor cerebrale ce survin in piciorul circumv. a III-a frontale a emisferului dominat stg. si in aria triunghiulara. Mai importante sint **afazia motorie** si **afazia senzoriala** (de citit din carte).

A.- Tulburari datorita unor anomalii pur instrumentale:

- **surdmutitatea** (copilul surd dispune numai de modul de relatie spontana cu ambianta - gesturile; el poate fi educat, dar ceea ce invata din limbajul vorbit, ramine artificial si are totdeauna nevoie de ajutorul gesturilor);

- **surditatea cistigata la virsta adulta** - limbajul nu se modifica decit in timbrul si intensitatea sa tonala;

- **audimutitatea** - mutitatea ce poate fi prezenta la copiii a caror auditie este normala si se datoreste fie unei agnozii auditive congenitale, fie unor tulburari apraxice, care impiedica dezvoltarea elocutiunii; aceste tulburari de elocutiune se asociaza cu tulburari de deglutitie, de respiratie.

DISLALIILE

Se datoresc malformatiilor sau leziunilor organelor fonatoare (nas, val palatin, palat, laringe, dinti).

DISARTRIILE

Tulburari de articulatie datorite atingerilor supranucleare ale neuronilor pusi in joc in limbaj. De ex:-disartriile extrapiramidale, din boala lui **PARKINSON**, **WILSON** sau coree.

Disartriile piramidale - disartrii cerebeloase, dar de cele mai multe ori participa mai multe sisteme: disartria paraliticeilor generali sau cea a pseudobulbarilor.

B.- PRIN ANOMALII DE DEZVOLTARE.

a).- Apar in intirzieri ale dezvoltarii functiilor praxice paralel cu o stare de debilitate motorie mai generala si cu un anumit grad de insuficienta intelectuala (de fapt sint cele care apar la oligofreni).

b).- **Bilbiliala** = o tulburare ce predomina in special in sistemul vorbirii si se deosebesc 3 forme principale:

- **forme clonice**, cu repetitia sacadata a unor foneme;

- **forme tonice**, cu contractia spasmodica a organelor fonatoare ce precede o emisie exploziva;

- **forme inhibitorii**, cu o siderare (suspendare) momentana a oricarui efort de ariculare.

Ritmul respirator este aproape totdeauna tulburat in timpul emisiei verbale (interesant : in timpul cîntatului dispare). Apare in special in logonevroze.

DISLOGIILE.

1.-Tulburari de intensitate, inaltime si timbru a vocii:

- *ex.voce de intensitate mare, ascutita, sau chiar tipete pot apare in stari de excitatie psihomotorie puternica, la maniaci, sau in sindroame maniacale* - vocea ajunge pina la raguseala; strigatele si vociferarile pot apare ca simptom al starilor de agitatiie (in manie, confuzia mentala, delirul oniric, accesele de furie ale schizofrenilor sau delirantilor, crizele de agitatiie dementiale); vocea slaba, soptita, apare in afectiuni in care predomina inhibitia (in melancolie, in sindroamele melancoliforme, sau la unii schizofreni).

Intonatia poate sa traduca ezitarea (ex.in starile confuzive) sau anxietatea (in care eforturile, vaietele, lamentarile) - in melancolia anxioasa.

2.-Aspectul declamator al vorbirii - in starile maniacale si expansive.

Vorbirea emfatica, caracteristica celor ce se supraestimeaza, poate sa apara in unele cazuri de paranoia, sau la cei cu delir de marire.

3.- Viteza vorbirii - corespunde si ea vitezei proceselor de gindire:

- accelerarea vitezei vorbirii (TAHIFEMIE) - apare in starile de excitatie - de ex: cele maniacale;

- fluxul de cuvinte rapide si incoercibile - **logoreea** - apare in special in starile de excitatie de tip maniacal, ca un corespondent al fugii de idei (manie, stari de betie, stari dementiale, psihoze senile sau stari de agitatiie);

- incetinirea vorbirii - in starile de inhibitie - **BRADIFEMIE** sau **BRADILALIE**; apare in sindroamele melancolice, in stari de obnubilare, in unele cazuri de epilepsie sau de encefalita;

4.-Mutismul - consta in absenta comunicarii prin vorbire, sau lipsa raspunsului (deci o tacere), al carei substrat poate fi diferit:

- mutismul prin inhibitie - apare in starile de stupoare melancolica;
- mutismul catatonie - apare in schizofrenie - se bazeaza pe opozitie si negativism;
- mutismul starilor confuze - dementiale - traduce saracirea si dezordinea activitatii psihice;
- mutismul datorat unei idei delirante, sau halucinatii imperative (ca in delirurile halucinatorii - in parafrenie si in schizofrenia paranoida);
- afonia isterica - se datoreste unei paralizii functionale a fonatiei, produsa prin sugestie;
- mutismul protestatar al delirantilor persecutati si revendicativi.

5.-**INCOERENTA in VORBIRE** - lipsa unui fir logic - se observa in starile confuzive si in schizofrenie, unde poate ajunge la "salata de cuvinte".

- **verbigeratia** = insirare de cuvinte sau fraze, fara legatura intre ele - apare in confuzia mentala, in dementa (dementa senila) si in unele cazuri de echivalenta epileptica.

- **schizofrenia** - alta disociatie a limbajului, in schizofrenie;

6.-Tulburare particulara a vorbirii - **sindromul GANZEUR** - raspunsuri

"alaturi", sistematice, deci raspunsuri neadequate, desi b.a.inteles intrebarii. Apare in schizofrenie, in isterie, la detinuti si trebuie deosebit de raspunsurile neadequate ale simulantilor.

Alte alterari :

- **STEREOTIPIILE VERBALE**, ce se caracterizeaza prin repetarea acelorasi cuvinte sau fraze, in cursul conversatiei si pot avea mecanisme diverse - sa apara in starile melancolice anxioase, dar mai ales la schizofreni si intr-un aspect (aici) al unui intreg sistem de perseverare (cu stereotipii de atitudine, de gesturi si de mimica).

Stereotipiile verbale trebuiesc deosebite de **PALILALIE**, ce se traduce prin repetarea involuntara, odata sau de citeva ori, a unor cuvinte, de obicei a ultimului cuvint din fraza (se observa la bolnavii cu leziuni striate).

- **ECOLALIA**, consta in repetarea cuvintelor pronuntate fata de bolnav; insoteste uneori **ECOMIMIA**, adica repetarea mimicii interlocutorului si **ECOPRAXIA**, adica repetarea gesturilor executate in fata bolnavului. Ecolalia apare in schizofrenie, la unii oligofreni si in unele cazuri de dementa si s-ar datora unei sugestibilitati exagerate a acestor bolnavi.

- **NEOLOGISMELE**, sint fie cuvinte pe de-a intregul imaginat de bolnav (neofomatii verbale), fie cuvinte din vocabularul uzual, deformate sau nu, utilizate pentru a-si desemna anumite idei, obiecte, sau halucinatii, sau pentru a denumi presupusi persecutori si apare in delirul sistematizat si in schizofrenie. In stadiul extrem, aceste neologisme. . . **SCHIZOFRENIE**, adica o productie cu un debut de obicei foarte rapid, a unei salate de cuvinte, necunoscute si neofomate, astfel incit vorbirea poate deveni complet de neinteles.

- **GLÓSOLALIA**, sau **JARGONOFAZIA**, o tulburare in care bolnavii creeaza adevarate limbi personale, cu un vocabular si o sintaxa proprie, in care abunda neologisme, astfel incit pare o limba straina.

PARTICULARITATILE LIMBAJULUI VERBAL in diferite BOLI PSIHICE.

- **produsele verbale in unele nevroze:** in n.obsesionala, poate apare **COPROLALIE**, **ARITMOMANIA** (tendinta de a numara totul) in isterie, limbajul afectat, cintat;

- **in epilepsie** limbajadeziv, greoi, neclar, lipsit de concizie, persevera pe o tema, repetativ, bogat in amanunte, explicatii, paranteze, parazitari, patetici, cu amenintari (au viscozitatea psihica);

- **la schizofreni (si la unii debili mintali)** - limbajul afectat sau manierat, anumit ton, perifraxe, pretiozitate, formule cautate;

- **la paranoici** - limbaj afectat, bombastic, cu delire care-i obliga sa- si sublinieze meritele;

- **la unii amnezici confuzivi si in demente** - limbajul eliptic - se caracterizeaza prin lacune sintactice si apare de obicei sub forma unui stil telegrafic;

- **la oligofreni** - limbajul pueril poate dura pina la virsta inaintata, sau chiar poate ramine permanent; lpueril, si **la schizofreni** imita pelticismul, sau vorbesc despre ei insisi la pers. a III-a; sau **la unii dementi**, mai ales la cei senili.

PSITACISMUL, sau limbajul de papagal - cuvinte fara nici-o semnificatie; a fost descris - la idioti si la dementi - cuvintele nu mai sint inteligibile.

Limbajul bazat pe memoria cuvintelor - intrebuintarea neadequata.

Schizofrenii - pot prezenta toate modificarile amintite, semnificative fiind: - **incoerenta vorbirii; salata de cuvinte; schizofrenia.**

Deoarece limbajul traduce de fapt procesul de gindire si starile afective, semiologia limbajului este deosebit de importanta.

TULBURARILE LIMBAJULUI SCRIS.

Din analiza scrisului, pot reiesi anumite trasaturi particulare referitoare la:

- persoana care a scris;

- momentul in care a scris. Aprecierile se fac dupa: forma literelor, dimensiunile lor, directia scrierii, intensitatea ei, viteza, vizibilitatea, continuitatea cuvintelor.

Ele pot fi impartite dupa aceleasi criterii ca si cele ale limbajului fonetic:

1.- Tulburari psihografice.

2.- Tulburari disgrafice (coresp. tulburarilor de tip afazic).

3.- Tulburari caligrafice.

1.- Corespund, ca si dislogiile, tulburarilor de gindire si se observa in aceleasi afectiuni. **Deex:** - **GRAFOREEA**, corespunde logoreei si are aceleasi caracteristici, de trecere rapida de la un subiect la altul si cu multe digresii. Se intilneste la maniaci.

Mult mai rar decît logoreea, datorită lipsei de răbdare a maniacilor. Scrisul maniacului se remarcă prin:

- folosirea literelor mari ;
- sublinieri;
- semne de punctuație (? și !);
- stersături;
- dezordine în exprimare;
- fraze neterminate, din cauza grabei;
- tendința ca rîndurile să fie îndreptate oblic în sus.

În contrast cu ele, scrisul melancolicilor este îndreptat în jos, literele sînt marunte, frazele sînt scurte, sarace, lapidare; scrise multe, în special memorii și reclamații - la bolnavii cu delir sistem.

La schizofrenici : incoerenta în scris (cuvinte sau fraze insirate fără nici un fel de legătură);

- stereotipii (repetarea continuă a aceluiași cuvînt, cu care bolnavul umple pagini întregi, sau care este intercalat din cînd în cînd);
- omisiunea unor litere sau a vocalelor, începerea fiecărui cuvînt cu litera mare, ghilimele, litere sau vocale separate, scris în diagonală, dau rînduri suprapuse, litere inegale, întoarse, la unii "scrisul în oglindă" (de la dreapta la stînga).

Totalitatea modificărilor de scris din schizofrenie = **SCHIZOGRAFIE**, care poate să mai aibă și alte caracteristici : semne particulare, includerea de figuri geometrice sau cifre în scris, nerespectarea ortografiei, crearea unui sistem propriu, etc.

Alte boli, cu tulburări de conștiință: stările confuzivo-onirice sau stările crepusculare - scrisul devine automat, după revenirea b. din episodul respectiv, nu-și mai poate da seama de ce a scris și ce a scris textul care se prezintă în față sa.

DEMENTA: indiferent de etiopatogenia sa, se însoțește întodeauna de tulburări grave psihografice și caligrafice, ca un corespondent mereu actual al degradării progresive care se instalează; scrisul în general poate fi:

- corect , ordonat;
- dezordonat, pe bucăți din hîrtie, pe ziare.

3.TULBURĂRI CALIGRAFICE.

Tulburări de formă, de expresie și au valoare cînd se compară cu scrisul dinaintea îmbolnăvirii. De ex: scrisul tremurat la etilici scrisul neregulat, inegal - la ciclotimici, scrisul maniacal este mare, înflorit, scrisul depresiv este mic, înghesuit.

Scrisul este alterat în conținut, ori de cîte ori conștiința este alterată, deci în isterii, stări crepusculare, postconfuzive.

DESENUL BOLNAVILOR PSIHICI.

Desenul, ca model de expresie, completează informațiile asupra bolnavului. La desen se analizează tema aleasă și realizarea sa. Particularități în raport cu afecțiunea . **VOLMAT ROBERT** s-a ocupat în mod deosebit ; a subliniat o serie de corelații posibile între modificările de formă (spațiu, culoare) și de conținut sau tema - și boala psihică.

De ex: unele desene au pentru bolnav o semnificație de obiectul reprezentat. Desenele ce constau din contopirea mai multor obiecte, figuri stereotipe, cu spirale, coloane, etc.

În demente - pierderea proporțiilor în desen.

Maniacalii - preferința pentru culori vii (ca și epilepticii).

Melancolie și depresie - culori sobre, cenușiu, maron, un desen foarte mic, înghesuit, pe un sfert de coală.

AFFECTIVITATEA.

Conceptul de afectivitate este greu de definit și de circumscris didactic, fiind în primul rînd o trăire subiectivă.

Fenomenele afectivității au fost identificate când cu procesele senzoriale, când cu instinctele individuale, cu trebuințele, etc., dar, prin dezvoltarea psihologiei sociale contemporane, afectivitatea = aspect fundamental al personalității, adică este rezonantă subiectivă generală a individului, la schimbările de tot felul din mediul său intern sau extern.

De nota definitorie a tuturor fenomenelor afective, este acest aspect de atitudine personală activă și subiectivă.

RUBINSTEIN, spre deosebire de percepții, sentimentele reflectă nu însușirile obiectului, ci starea subiectului, modificările stării interne a individului și atitudinea acestuia față de lumea inconjurătoare. Deci trăirile afective, exprimă raporturile de satisfacție sau de nesatisfacție ale persoanei, față de stimulările și situațiile date, atitudinile sale de aprobare sau dezaprobare, de cautare sau evitare a stimulilor afectogeni.

Afectivitatea însă, este și o structură motivatională. În acest sens, ea are pentru persoană o valoare energetică orientativă și dinamizantă.

Procese afective antrenează în desfășurarea lor o serie de subsisteme neurofuncționale nespecifice cu ecou în cele mai profunde mecanisme vegetative, în formația reticulată și în structura complexă a emisferelor cerebrale. Natura fenomenelor afective la om este profund socială. Ele evidențiază existența unor tipare de expresie afectivă, cultural determinate.

Unii disting 3 nivele ale afectivității:

1. Nivelul instinctiv - afectiv, cuprinde:

- emoțiile și afectivitatea primitivă (hedonică = satisfacerea unei plăceri). Este corelată cu instinctele și trăirile corporale vitale (foamea, sete, poftă, oboseală, etc.).

Corespunzător pe planul afectivității sunt trăirea cuplului plăcere - neplăcere. Chiar la acest nivel primitiv, afectivitatea nu se reduce la instinct, ci ea este un alt nivel.

2. Nivelul afectivității contact. Aspectul central al afectivității umane, se desfășoară în cadrul contactului interpersonal:

- orientarea spre semenii;
- sentimentele (sint. trăiri care afectează în)
- afecțiunea și atașamentul (profundime ființa umană.)
- amicitia;
- dragostea.

Acest nivel al vieții afective este corelat cu sociabilitatea, dar deosebită totuși de aceasta. Pentru afectivitate contează nu atât nr. persoanelor cu care se intră în contact, ci cum se intră în contact, cu câtă angajare intim afectivă.

3. Nivelul afectivității, corelat cu angajarea valorică și axiologică a persoanei.

De ex: trăirile morale sunt și trăiri afective (evident în domeniul sentimentelor, ex. sentimentul de ură, de culpă este și moral și afectiv; contemplare estetică este și ea încărcată afectiv). În general, angajările valorice ale omului, pentru realizarea dreptății, adevărului, binelui, ca și orice activitate de creație, de invenție, de afirmare, implică afectivitatea.

Ca nivel și structură motivatională, afectivitatea este dinamizantă și orientează persoana spre acțiune, spre lume, de unde intricarea afectivității cu procesele cognitive (senzatii, percepții, memorie, gândire, dar mai ales imaginație).

Afectivitatea rezultă din cunoaștere, dar ea orientează cunoașterea, după propriile ei linii de forță. Nivelul afectiv este un nivel personal și intim al omului. Trăirile afective pot fi doar cu greu comunicate altora prin limbaj. Afectivitatea este strins legată de expresie, chiar la nivelul cel mai primitiv - cel al emoției - aceasta trăire subiectivă face corp comun cu expresia corporală sau somatică.

La nivele superioare, pentru a se exprima, afectivitatea folosește mai mult limbajul imaginărilor, uneori al poeziei, al artei.

Caracterele mai importante ale fenomenelor afective, sunt :

- durata lor;
- intensitatea;
- polaritatea;
- aspectul stenic sau astenic;
- expresivitatea ;
- larga lor conditionare.

1. INTENSITATEA lor exprima forta si profunzimea cu care se instaleaza procesul afectiv, la individul respectiv. Aceasta depinde de valoarea si sensul, pentru subiect al obiectului afectiunii sale si de particularitatile psihoenergetice ale individului si de capacitatea sa afectiva. Repetarea starilor afective in aceleasi conditii si cu aceleasi semnificatii, topesc afectivitatea, creind obisnuinta.

2. DURATA proceselor afective este legata de persistenta semnificatiei factorului afectogen pentru individ.

3. POLARITATEA fenomenelor afective se refera la directionarea lor, la tendinta lor de a se apropia de un pol sau de altul, deci de a fi la un moment dat bucurie sau durere, placere sau neplacere, dragoste sau ura.

Pentru unul si acelasi obiect sau persoana, intr-un moment dat, individul nu poate trai la cei doi poli ai afectivitatii.

4. CARACTERUL STENIC SAU ASTENIC al fenomenelor afective se refera la tendinta lor de mobilizare sau dezorganizare a afectivitatii individului.

5. EXPRESIVITATEA trairilor afective ce constata in mimica emotionala pantonima, intontia vorbirii, tremurul vocii, stralucirea ochilor si manifestari comportamentale mai complexe. Pe planul modificarilor interioare, aceasta expresie afectiva se traduce in ritmul respirator ce devine mai lent sau mai accelerat, respiratia devine mai profunda sau mai superficiala, accelerarea batailor inimii, vasodilatatie sau vasoconstrictie, cresterea conductibilitatii electrice a pielii si cresterea amplitudinii reflexului psihogalvanic (sau reactia electrodermala) hipertonie musculara, in minie sau frica, sau hipotonie musculara, in tristete, modificarile compozitiei chimice si hormonale a singelui (cresterea cantitatii de zahar in sange, sub actiunea hormonilor suprarenali, in special a adrenalinei).

Majoritatea modificarilor vegetative nu sint specifice acestor procese, ci doar se accentueaza in conditiile unei trairi mai puternice.

6. LARGA CONDITIONARE A AFECTIVITATII - toate procesele afective umane se dobindesc in cursul vietii, pe cai reflex- conditionate, printr-o permanenta conditionare sociala.

CURSUL Nr. 15.

COMPORTAMENTUL de ADAPTARE SUPERIOR INTEGRATA.

1. CONSTIINTA si TULBURARILE de CONSTIINTA.
2. ACTIVITATEA si TULBURARILE de ACTIVITATE.
3. INSTINCTELE. REACTIILE ANTISOCIALE.
4. TULBURARILE de COMPORTAMENT SEXUAL.
5. CONDUITA ALIMENTARA si TULBURARILE ACESTEIA.
6. COMPORTAMENTUL VOLITIV si TULBURARILE SALE.

1. CONSTIINTA si TULBURARILE DE CONSTIINTA.

Constiinta este forma cea mai inalta de reflectare psihica a realitatii, proprie numai oamenilor, ea fiind un produs al activitatii creierului uman, sub influenta conditiilor mediului social.

In dictionarul filozofic ea este considerata drept o reflectare a reflectarii, a realitatii obiective. Putem spune ca ea reprezinta acea capacitate a individului de a separa Eu-l de non - Eu.

Spinoza- spunea ca prin constiinta intelegem faptul "de a avea idei despre idei". Toto el spunea ca aceasta inseamna a avea constiinta asupra sau despre constiinta noastra.

Karl Marx- definea constiinta astfel: " atitudinea mea, fata de activitatea mea este constiinta mea ".

Acad. Kreindler - constiinta este o reflectare a reflectarii.

Jaspers - constiinta este viata psihica la un moment dat.

Henry Ey - a fi constient inseamna pentru individ a-si trai particularitatea propriei sale experiente, transpunind-o in universalitatea cunoasterii sale.

Tot Jaspers - afirma ca psihicul nu ar fi decit un lant lung, care incepe cu fiziologicul si se termina in psihologic, in subiectivitate adica in constiinta.

FORMAREA CONSTIINTEI.

La om constiinta a aparut datorita procesului muncii, proces care a determinat anumite relatii sociale intre oameni, concomitent cu necesitatea comunicarii interumane prin limbaj. Filozofia recunoaste existenta mai multor feluri de constiinta:

a)- o constiinta individuala;

b)- o constiinta sociala.

Constiinta individuala, este un produs al ontogenezei fiecarui individ, reprezentind reflectarea propriei sale existente, reflectarea conditiilor specifice de viata individuala, activitatea, educatia s.a.m.d.

Constiinta sociala, se formeaza si se dezvolta in decursul istoriei societatii, reprezentind reflectarea existentei sociale a oamenilor.

Aceasta reflectare constienta presupune reprezentarea anticipata a rezultatelor viitoare actiuni. Deci, ea presupune **intentionalitate**, adica scop, dar in acelasi timp si **rationalitate**, orientare si, in final **creativitate**. Aceasta in contextul unui proces de diferentiere temporo - spatiaa a evenimentelor, a lucrurilor.

Exista si un sens filozofic, din care punct de vedere constiinta este considerata ca o categorie filozofica, alaturi de gindire.

Astfel, ea este dialectic opusa categoriei filozofice de materie in cadrul problemei fundamentale a filozofiei.

Constiinta se suprapune cu ansamblul activitatii psihice.

Omul este intentionalitate, nu numai subiectivitate. Dar, constiinta isi are un substrat neuro - fiziologic, bine determinat, fara a carui cunoastere nu putem aborda eficient nici problemele teoretice, nici problemele practice ale constiintei.

Substratul anatomo - functional al starii de veghe este substanta reticulata ascedenta a trunchiului cerebral. De la aceasta substanta reticulata ascedenta , pornesc fibre reticulo - talamice si reticulo - corticale. Ele intretin starea de permanenta alerta, de receptivitate, sensibilizind permanent scoarta cerebrala. Se pun in functiune prin aceste circuite si cele reverberante, cu rolul de a verifica si modela actiunile incepute. Toate aceste legaturi presupun existenta unor structuri filogenetice adaptate pentru aceasta functie.

Se considera ca in afara de acest trunchi cerebral, de foarte mare importanta este cortexul frontal, care de fapt filtreaza, sintetizeaza si modeleaza raspunsul nostru, constituind in ultima instanta functia constiintei.

Si afectivitatea are un rol important, atit in stare de vigilență - datorita conexiunilor anatomo - functionale comune, cit si asupra etajului superior, asupra scoartei.

Mc.CULLOG - face studii bazate pe cibernetica si pe sisteme logice matematice.

Se considera ca toate aceste curente, teoretice si experimentale si- au adus contributia reala la cunoasterea substratului neuro- functional al constiintei, fiecare teoretician subliniind un aspect sau altul al acestui sistem polivalent de tip neurocibernetice, care este creierul, aspect pe care fiecare dintre cercetatori l-a crezut ca fiind caracteristic. In realitate, fiecare participa la fenomenele de constientizare a Eu-lui intr-o continua conexare.

In psihologia clasica constiinta cuprinde un continut - personalizarea noastra (afectivitate, memorie) si notiunea de continuitate, in etapele succesive - apoi **extensiunea constiintei** si, in fine, o **claritate a constiintei**, care presupune o integrare armonioasa a functiilor perceptive si a functiei vigile.

PIRAMIDA STRUCTURILOR COMPORTAMENTALE.

(Schema lui MANACOV KACKSON)

Dupa aceasta schema se studiaza si tulburarile psihice.

Conducta deliberata, constiinta actului. ... proprie omului

Automatisme invatate - praxiile

Reactii conditionate, care presupun si

un scop. Reactiile de imitatie ... proprii animalelor superioare (vertebrate).

Reflexe vegetative

Reactii generalizate de tip automatic. Reactii simple... caracteristice tuturor animalelor si omului.

Constiinta presupune in mod obligatoriu urmatoarele:

- sinteza senzoriala si senzitiva;

- transparenta constiintei - care este perceperea constienta a activitatii si continuitatii, prin care trecutul si prezentul, reflectat in constiinta, se sintetizeaza, constituind un lant neintrerupt, a carui ultima veriga este emomentul trait;

- constiinta locului si timpului;

- constiinta ambiantei, care nu trebuie confundata cu orientarea in timp si spatiu.

Tulburarea orientarii este un fenomen patologic care poate, sau nu, sa corespunda cu o tulburare de constiinta. Constiinta nu reprezinta ceva fix, imuabil. Ea sufera mereu modificari, in functie de modificarea mediului ambiant. Ca regula generala, constiinta ambiantei se modifica mai usor decit constiinta propriei persoane, care este din acest punct de vedere mai stabila.

Constiinta, fiind un fenomen psihic superior, de cea mai inalta si de cea mai fina sinteza, presupune si prezenta componentelor noetice de invatare, a motivatiilor si ea are o mare valoare psihologica in realizarea sau nerealizarea individului.

Constiinta poate fi considerata ca un motor, ca o instanta, de la care individul, raportat la continutul constiintei, poate sa aiba o existenta autentica, creativa, utila, se poate realiza sau, dimpotriva, poate avea o existenta inautentica, lipsita de satisfactii angoasante.

Constiinta individuala in mod normal nu poate exista ca fiind independenta de constiinta sociala (decit la psihopati si la oligofreni) si prin aceasta, nu poate exista in afara constiintei etice si religioase.

Conștiința acționează și se exprimă prin conduită.

Conștiința presupune anumite trăsături care reflectă de fapt **TEMPERAMENTUL, CARACTERUL și PERSONALITATEA.**

Prin conștiința luăm act de tot ceea ce am moștenit filogenetic și ontogenetic.

TULBURARILE de CONȘTIINȚA.

Tulburările de conștiință se raportează la calitățile conștiinței, care sunt : conținut, claritate și extindere. Tulburările de conștiință apar în foarte multe entități nozografice.

Tulburările de conștiință vizează 2 aspecte mari :

- claritatea ;
- conținutul ;

Tulburările în claritate sunt de fapt tulburări ale gradului de luciditate și sunt următoarele:

- obnubilarea ;
- somnolența ;
- somnolența ;
- soporul ;
- stupefactivitatea ;
- coma.

Tulburările conținutului sunt de fapt tulburări dezintegrative ale conștiinței (conținutul, continuitatea) și sunt următoarele:

- starea halucinator delirantă (delirul cu " d" mic) ;
- starea onirică ;
- starea crepusculară (somnambulismul) ;
- starea amentală (descrisă de WERNICKE) ;
- delirul acut (în situații foarte grave).

Tot ca modificări de conținut unii psihiatrii au mai descris **conduitele clastice**, caracterizate prin raptusuri; apoi **automatismul propulsiv și stările parțiale** (sau stări secundare). Apoi au mai fost descrise **stările excepționale** (betia patologică și afectul patologic).

În aceeași categorie au fost descrise de **realizarea, depersonalizarea și dedublarea** personalității. De asemenea, după unii autori, tot în cadrul tulburărilor de conținut ale conștiinței intra și halucinațiile, ideile delirante, ideile prevalente și ideile obsesive.

CLARITATEA CONȘTIINȚEI ȘI TULBURARILE EI.

În mod normal, în centrul conștiinței există un număr relativ redus de reprezentări, caracteristice fiecărui moment din viață.

Aceste reprezentări sunt clare, coerente și ne dau o imagine obiectivă a realității care ne înconjoară, oferindu-ne posibilitatea aprecierii lucide a evenimentelor

Această stare de luciditate este determinată de bună integrare interioară și exteroceptivă, deci de integritatea analizatorilor și a funcțiilor psihice fundamentale.

Când un stres tulbură această structură cerebrală, dinamică, integrarea noastră în mediu, posibilitatea de percepție obiectivă devine dificilă și imprecisă sau imposibilă. Această posibilitate se poate esalonă pe trepte diferite, în funcție de intensitatea stimulului care afectează substratul precum și în funcție de intensitatea acestuia de la obnubilare și somnolență, până la somnolență și stupor când individul reacționează cu dificultate la stimuli, ajungând până la coma, în care receptivitatea stimulilor este abolită în totalitate.

Aceste tulburări ale clarității conștiinței pot fi întâlnite în următoarele afecțiuni:

- practic in toata patologia;
- in emotii puternice, pozitive sau negative;
- in nevroze, mai ales in nevroza isterica;
- in psihozele exogene (toxice, infectioase, traumatice, tumori, stari carentiale);
- in psihozele endogene - mai rar. cu precizarea ca aici nu sint intotdeauna caracteristice.

TULBURARI IN CONTINUTUL GINDIRII.

Tulburarile in continutul gindirii vizeaza mai ales succesiunea timpului trait, precum si succesiunea spatiului. In aceste conditii, identificarea constienta a Eu-lui este deficitara, dupa cum deficitara este si identificarea spatiului, a ambiantei. Din aceasta cauza tulburarile in continutul gindirii le intilnim mai frecvent decit tulburarile de claritate ale gindirii, intilnindu-le chiar in psihozele endogene. De ex., in epilepsie, timpul poate fi perceput de bolnav ca o traire foarte rapida, sau dimpotriva timpul poate pare a se scurge foarte incet. Melancolicul ramine fixat in timp pe cliseul de culpabilitate. Schizofrenul nu-si proiecteaza in afara trairea, in mediu, ci la el imaginarul ii rastoarna optica viziunii lumii si a propriei persoane, astfel sinteza personalitatii nu se mai face in mod corespunzator; schizofrenul nu se recunoaste ca persoana fizica, el isi pierde propriul contur psihologic al acelasi lucru se poate intimpla si cu ambianta, care pare departata, dar nu pentru ca bolnavul nu ar percepe-o, ci pentru ca acum semnifica pentru bolnav ceea ce trebuie sa semnifice - astfel apare derealizarea care daca se asociaza si cu tulburari de memorie si cu tulburari de afectivitate poate conduce la fenomenul de " jamais vu ".

Dedublarea personalitatii.

Dedublarea personalitatii nu trebuie a fi confundata cu tulburarile schemei corporale.

In mod normal, exista o finalitate in conceptia individului, care are o atitudine unica fata de mediu. Individul se identifica cu sine insusi si, prin contrast, identifica mediul in care se gaseste. Ori, in cazul dedublarii constiintei, apare o disociatie tocmai in aceasta finalitate, in aceasta integritate a Eu-lui psihologic, bolnavul avind impresia ca in el exista o a doua persoana.

Acest fenomen este cunoscut in schizofrenie, in epilepsie si nevrozele isterice.

Insa veritabila dedublare a personalitatii este aceea in care individul traieste concomitent aceasta senzatie (el traieste ambi-valent, constient). Aceasta spre deosebire de fenomenul dublurii, care apare uneori in afectiunile organice (pacientului i se pare ca picioarele vecinului ii apartin lui - semnalat in tifosul exantematic).

Derealizarea si depersonalizarea sint caracteristice pentru schizofrenie si psihastenii.

STAREA ONIRICA, STARILE DELIRANT - HALUCINATORII si AMENTIAL.

Sint in exclusivitate apanajul psihozelor exogene. Ele apar atit pe un fond de tulburari ale claritatii constiintei, cit si pe un fond de tulburari ale continutului constiintei. In starea onirica modificarile constiintei pot fi asemanatoare visului. Bolnavul asista la scene panoramice, pe care le traieste insa de cele mai multe ori pasiv; panorama are o durata de la citeva zile la citeva saptamini, cu convingerea bolnavului in realitatea acestui vis si de regula cu amnezia acestui episod; alteori, se pastreaza la iesirea din episodul unirii unele frinturi de amintiri, care pot constitui un pretext pentru delirul oniric rezidual (de fapt o interpretare).

Aceasta stare onirica poate apare si in schizofrenie, uneori chiar ca o modalitate de debut: debutul oniric.

In starea deliranta alaturi de tulburarile in claritatea si continutul constiintei apare si componenta halucinatorie, componenta care da o coloratura particulara tabloului clinic.

Componenta halucinatorie, alaturi de ideile delirante precizeaza contururile nosografice ale deliriumului tremens. Delirul acut este o tulburare a constiintei mult mai grave, cu o stare somatica foarte grava, iar inainte de perioada contemporana peste 60 % din cazuri erau mortale.

STAREA CREPUSCULARA.

Starea crepusculara poate apare in mod frecvent in situatii psihologice stresante, in stari de calamitate naturala precum si la nevroticii isterici si la psihotici. Starea crepusculara poate avea o durata variabila - de la minute, la ore si chiar zile. Ea poate imbraca mai multe aspecte clinice, ca de exemplu: fugile si transele.

In aceste cazuri, fugile se aseamana cu automatismul ambulatoriu, care poate dura saptamini, manifestindu-se in special in starile epileptice sau in nevrozele isterice. Asemănător cu aceste manifestari inclusiv somnambulismului.

In AFECTUL PATOLOGIC si BETIA PATOLOGICA.

Tulburarile de constiinta care apar in afectul patologic se manifesta drept o stare afectiva particulara, cu un debut brusc, exploziv, aparent nemotivat, de o durata scurta care urmeaza un model de scurtcircuitare; in aceasta perioada, de cele mai multe ori, bolnavul poate comite acte antisociale diverse. Episodul este insotit totdeauna de amnezie. Se manifesta la psihopati, etilici si epileptici.

Si betia patologica este considerata o tulburare a continutului constiintei, care poate apare in conditiile unui consum de alcool moderat sau uneori chiar mic cantitativ, dar care produce un rasunet psihic masiv caracterizat prin aceasta ingustare a cimpului constiintei, insotita de agitatie psihomotorie si de amnezia episodului. Manifestari de acest gen au putut fi deschise la fostii traumatizati cranieni, la psihopati, la epileptici si la unii schizofreni.

ACTIVITATEA si TULBURARILE de ACTIVITATE.

ACTIVITATEA este o notiune care inglobeaza totalitatea manifestarilor de conduita, pe plan concret sau mintal, prin care omul actioneaza asupra mediului si asupra lui insusi. Cuprinde deci : totalitatea manifestarilor noastre solicitate de ambianta si de propriile cerinte. Nu se pot trata separat cele 2 - sint efecrente duc la realizarea si traducerea in fapt a celor gindite si traite (functii de adaptare). Diferite aspecte ale vietii psihice nu pot fi studiate separat de activitate. Orice proces sau particularitate psihica a omului se formeaza si se dezvoltă si capata semnificatie numai in strinsa legatura cu activitatea.

Conceptul de activitate, in sensul psihologic cel mai general, exprimam modul fundamental de existenta a fiintei umane, conditia ei de fiintare deoarece fara activitate sau in afara ei, individul nu se poate realiza ca om.

Termenul de activitate este folosit in sensuri diferite : de exemplu: in biologie el defineste modalitatile de reactie ale organismului la diversi stimuli si transformarile care au loc in organism la asimilare, nutritie, inmultire celulara, etc. In fiziologia animala, prin activitati se inteleg functiile diferitelor sisteme, aparate sau organe, de ex. activitatea sistemului nervos, a inimii.

Sociologia foloseste termenul pentru a desemna practica sociala a oamenilor. In psihologie activitatea umana este inteleasa ca totalitatea actiunilor initiate si efectuate de subiect.

Psihicul nu se limiteaza doar la contemplarea pasiva a vietii sau la o activitate mecanica, determinata nemijlocit si exclusiv de stimulii actuali externi si interni.

Cele 2 aspecte ale vietii psihice se interconditioneaza reciproc.

Numai psihologia idealista a separat cele 2 aspecte, fie considerind numai fenomenele de constiinta ca obiect al cercetarilor psihologice, sau sustinind (behaviorismul) ca numai cimpul exterior poate fi spus cercetarii obiective. Psihologia actuala nu intelege activitatea umana doar ca pe un principiu de impulsivitate a subiectului, de punere a lui in miscare prin anumite resurse interioare de ordin ereditat sau dobindite in cursul unor experiente proprii.

Fiinta umana actioneaza in mod esential mult dincolo de sfera stimulilor obiectiv existenti, in directia unor scopuri, aspiratii si realitati viitoare in directia unor proiecte mintale, anticipate de subiect.

Omul traieste imperios nevoia de activitate. Ea reprezinta un fenomen foarte complex si amplu, fiind o manifestare a intregii personalitati.

Structura activitatii umane este dinamica si complexa.

Componentele pot fi sistematizate in :- **organizare structurala operationala instrumentala.**

Cele structurale cuprind forma concreta a activitatii - poate fi un anumit joc, un anumit proces de munca, o elaborare teoretica ideativa, scopul spre care se orienteaza activitatea, mijloacele de efectuare a ei, tehnologia ei, cu verificarile procesului prin care se efectueaza activitatea data si motivele ce dinamizeaza individul in activitate si canalizeaza actiunea spre scop si mentin parametrii necesari ai activitatii.

Componentele operationale - de la simplu la complex; activitatea este un complex de manifestari cu mai multe forme; cea mai simpla miscare, ce are un caracter linear si fragmentar. Un grup de miscari, in vederea realizarii unei teme - operatii. Operatiile se deosebesc de actiune prin faptul ca nu au nici macar un scop propriu si ele pot fi considerate ca mijloace de rezolvare a scopului nemijlocit al actiunii.

Un grup de operatiuni - actiunea, care este cea mai complexa parte a activitatii, cele mai mari subunitati ale ei, ce se subordoneaza intotdeauna activitatii, nu dispun de o motivatie proprie.

Activitatea presupune existenta in faza precedenta miscari, operatii, se desfasoara pe baza unei motivatii, este strins corelata cu cunoasterea si afectivitatea.

Baza actului voluntar este reprezentata de cunoastere, iar afectivitatea aduce motivatia.

Activitatea voluntara constituie aspectul activ cu caracter de autoreglare a psihicului.

Instrumentarea specifica a activitatii umane se realizeaza pe 3 planuri:

1.- ca instrumentare mintala, data de sistemul conceptelor stapinite de individ, de limbaj, de deprinderile si priceperile de a prelucra informatiile si de cadrele de referinta elaborate;

2.- practica manuala, asigurata de tehnicile si procedeele de lucru insusite;

3.- instrumentarea plastic - figurativa, de prelucrare artistica a impresiilor, de exprimare a lor, in productiile originale si forme creatoare.

Principalele forme de activitate umana studiate sub aspect psihologic - jocul, munca productiva, invatarea institutionalizata si activitatea de creatie artistica. **JOCUL** se caracterizeaza psihologic prin imbinarea sau substituirea specifica a elementelor si informatiilor reale cu impresiile fictive si actiunile imaginare substitutia esteludica. Spre deosebire de joc, munca este o activitate cu scop, planificarea mintala a actiunii au autocontrol permanent. Motivele muncii sint legate de scopuri; munca implica: efortul voluntar si stapinirea unor priceperi si deprinderi de a muncii.

Invatatura se deosebeste prin caracterul sau preparator, prin efortul de asimilare a informatiilor si a deprinderilor, in vederea desfacerii unei munci productive viitoare.

MUNCA de CREATIE - este activitatea a carei finalitate consta in producerea unei opere noi, a unui nou rezultat care sa depaseasca prin maiestrie si reusita ceea ce deja a fost creat.

Fazele desfasurarii creatiei sint :

- faza de acumulare, de observatie atenta;
- zamislirea ideii (faza de conceptie, de gestatie);
- perfectare a imaginii;
- faza realizarii tehnice a creatiei, de materializare a ideii.

Marii creatori au depus o munca uriasa.

MOTIVATIA si AFECTIVITATEA in desfasurarea activitatii.

Conceptul de motivatie exprima starea de mobilizare, de activare a individului, de directionare a activitatii sale spre scopuri propuse.

Au efect dinamogen, activator. Motivatia este privata mai nou ca un proces in desfasurare, cu consecinte evidente asupra rezultatelor activitatii.

Motivarea optima a activitatii, usureaza efortul individului, producindu-i stari afective pozitive tonice si masurandu-i performantele activitatii

(Supramotivarea) motivarea maximala (se rasfringe negativ asupra rezultatelor activitatii. Omul nu cauta doar ceea ce e biologic necesar, el traieste stimuli de ordin social, cultural si moral.

Motivele activitatii umane - **impulsii primare, innascute**, de ordin fiziologic (foamea, setea, apetitul sexual, nevoia de odihna, fuga de anxietate, evitarea durerii organice, etc.).

Impulsii invatate 6 (si necesitati), bazate pe trebuintele primare si considerate motive de ordin secundar (cum ar fi necesitatea activitatii perceptuale, trebuinta de manipulare a obiectelor, nevoia de exploatare a mediului, nevoia de afectiune.

Motivele de ordin social, superioare, obtinute in cursul interactiunii psihosociale a individului cu mediul uman, sub influenta unor factori culturali ai colectivitatii (de

ex.: nevoia de comunicare umana, trebuinta sociabilitatii, tentinda de obtinere a unui statut definit al persoanei, inlaturarea nesigurantei, evitarea blamului a oprobiului public, aspiratii spre realizarea unui ideal social.

Trebuintele sint considerate surse primare ale actiunilor, motivele primare, ce au un caracter social - istoric, evolutia oricarei trebuinte are un caracter ciclic, de aparitie, desfasurare si incheierea prin satisfactia corespunzatoare. Spre deosebire fata de alte specii animale, lantul evolutiv al trebuintelor umane este neintrerupt, adica o trebuinta odata satisfacuta, creaza conditiile si genereaza o noua trebuinta.

Trebuintele umane pot fi de ordin material, spiritual si cultural, dar ele formeaza doar una din categoriile motivelor umane.

In om, in afara de o motivatie actionala, exista motivatie cognitiv - spirituala (dorina de adevar, nevoia de certitudine in cunoastere). In cadrul psihologiei actuale intelegerea motivatiei se face in contextul dezvoltarii individului, al dezvoltarii sale psihice, ca sistem dinamic, deschis.

Aspectele esentiale - caracterul actual al motivului si imensa varietate a motivelor.

Starile afective mai constante, fie negative sau pozitive, se pot constitui in motive de sine statatoare.

3. INSTINCTELE. REACTIILE ANTISOCIALE.

Anumite tulburari de comportament seprezinta careactii antisociale, mai mult sau mai putin grave.

Ele apar pe fondul unui tablou clinic ca un simptom central care adesea are importanta in primul rind sub aspect medico - legal.

Aceste acte se desfasoara pe o scara de gradatiuni, care merge de la actul cel mai automat, la cel mai putin automat.

In cadrul acestor reactii, semnalam:

- 1.- Fugile.
- 2.- Suicidul.
- 3.- Atentate la moravuri.
- 4.- Furturi.
- 5.- Incendiu.
- 6.- Homicidul.

1. FUGA. Sub acest nume intelegem conduita de ratacire, vagabondaj, migratiune, care departeaza pe individ de caminul sau, de domiciliu.

In epilepsie, in starile confuzo-onirice profunde, sau starile dementiale, aceste fugi au un caracter mai mult sau mai putin inconstient automat si amnezic.

Cel mai adesea este vorba de fugi fara scop precis. Alteori, fugile au un caracter incoercibil si individul incearca o traire irezistibila de a pleca, de a parasi caminul, fara sa dea o explicatie valabila.

Aceasta se intilneste in schizofrenie mai ales.

Fuga poate deasemeni sa aiba un caracter reactional, cind fugarul pleaca pentru motive patologice, conflictuale, anquasante - fata de o situatie afectiva insuportabila (fugi reactionale la nevrozati si dezechilibrati).

2. SUICIDUL - constituie o reactie antisociala - cea frecventa.

Uneori vorbim de idei de suicid. Acestea sint expresia unei tulburari instinctivo - afective foarte profunde, unde se amesteca anxietatea si delirul. Suicidul imbraca mai multe aspecte :

a).- Impulsune irezistibila si inconstienta - in confuzia epileptica, betia patologica, melancolia stuporoasa.

b).- Suicidul cel mai frecvent si caracteristic este cel din criza de melancolie. Melancolicul traieste experienta mortii, el trece la actul suicidar, fie intr-o brusca

mişcare de distrucție, fie după o meditație care permite pregătirea actului. În cadrul crizelor de melancolie, impulsunile la sinucidere sînt cele mai de temut. Ei pot antrena copiii sau familia la moarte (suicidul colectiv), putînd realiza veritabile masacre.

c).- Suicidul delirant (delir de persecuție, delir hipocondric).

d).- Mai rar, obsesie - impulsie la suicid. Aceasta apare la nevrozele fobice sau obsesionale. În general, în aceste cazuri, suicidul nu se execută, iar dacă se ajunge totuși la act, aceasta se realizează după o lungă luptă a individului cu sine însuși.

Modalitățile de tentativă de suicid : - Ideile și tentativele de suicid sînt mai frecvente decît suicidul consumat, mai ales la femei și în stările de depresie nevrotică, unde tendințele de suicidare au adesea un aspect de revendicare sau de șantaj afectiv.

Mijloacele de autoliză sînt: inecul, strangularea, otrăvirea, asfîdă, defenestrarea. Alteori recurg la mijloace străni.

Ingeniozitatea bolnavilor în aceste cazuri este inepuizabilă.

Uneori, suicidul are un caracter parțial - automutilare, castrare la anumiți schizofrenici, sau anumiți deliranti homosexuali.

3. ATENTATELE LA MORAVURI: Anomaliile de comportament sexual sînt evidente. Este vorba de tulburări de obisnuită de comportament sau de acte impulsive, care constituie grave delikte sau crime. Aceste tulburări se pot clasa în 2 categorii:

a).- Anomalii în alegerea partenerului.

b).- Anomalii în practicile erotice.

În prima categorie ne referim la autoerotismul (onabism), fixări asupra unui partener interzis (incest, pedofilie), alteori insolid gerontofilia), uneori căutarea unui partener de același sex (homosexualitatea, sau substituirea unui partener uman (bestialitatea, fetisism).

În a doua categorie, încadram deformări ale actului sexual.

Erotizarea durerii - algolacnie și masochism. Erotizarea durerii provocate - sadismul.

Erotizarea privirii - exhibitionism, voier-ism. Erotismul funcțiunilor de excreție (urolagnie).

Toate aceste conduite anormale se prezintă în clinică și în practica medico - legală, după 4 modalități principale:

a).- impulsii automate, inconștiente și adesea amnezice, anumite violuri incestuoase sau sadice la epileptice, alcoolici, în cursul betiei patologice;

b).- sau este vorba de un exces al comportamentului sexual - hiper erotism, ninfomanie, ultragiu public la pudoare, simptomatice pentru dezintegrarea conduitei și a capacității de judecată, ca în demența senilă sau paralizia generală.

c).- în stările obsesivo - impulsionale, în care se încadrează exhibitionismul obsesional, descris de LASEGUE "individul este irezistibil pus în situația să comită acte scandaloase sau oribile și luptă cu disperare contra acestor tendințe.

d).- impulsii perverse brutale și bruste, comise de dezechilibrați, alcoolici sau în fazele prodromice ale unei stări preschizofrenice sau a unei paralizii generale incipiente.

4. FURTUL, din punct de vedere semiologic, poate fi considerat:

Furt impulsiv:

a).- furtul inconștient (automatism comital);

b).- impulsie violentă la parkinsonismul post - encefalitic;

c).- furt sub presiunea unei obsesii - impulsiv.

Cleptomania în aspectul cel mai tipic corespunde stării de obsesie impulsivă.

Escrocheria. Poate fi un simptom in cadrul unui dezechilibru psihopatic (mitomanie), sau in anumite forme dementiale, la inceputul evolutiei lor. Furtul este o reactie antisociala, mai adesea patologica(furtul fetisist simbolic).

5. INCENDIEREA - Tendinta incendiara (piromania) se manifesta adesea in comportamentul bolnavilor mintali. Este o manifestare antisociala, mai ales in mediul rural. Mentionam impulsurile inconstiente si amnezice la epileptici, reactiile agresive la oligofreni, actele de razbunare deliranta la persecutati, interpretativi sau halucinati. Cel mai mare numar de cazuri se recruteaza dintre dezechilibrati si alcoolici. Uneori, piromania poate avea caracterul simbolic al unei perversiuni unde dorinta de a pune foc este legata de o pulsione agresiva inconstienta, legata de simbolismul sexual.

6. HOMICIDUL . Imbraca mai multe tipuri patologice, care merg de la actul cel mai automat la cel mai constient.

a).- impulsivitate homicida, inconstienta si amnezica - este cazul masacrelor in cursul starilor confuzionale sau starilor crepusculare epileptice. Amnezia este habituala.

b).- homicidul la bolnavi dementi sau in stare de confuzie;

c).- homicidul detminat de o motivare deliranta(idei de persecutie, gelozie, deotravire,de gelozie,adesea este vorba deun delir sistematizat (delir pasional, de interpretare sau la paranoici revendicator);

d).- homicidul cu obsesie - impulsie;

e).- homicidul nemotivat al schizofrenilor;

f).- crimele la perversi si sadici; este vorba de cazurile limita sau subnormali (psihopatul pervers constitutional, precum si la marii sadici (vampiri, ucigasii de copii).

4. TULBURARILE DE COMPORTAMENT SEXUAL.

5. CONDUITA ALIMENTARA SI TULBURARILE ACESTEIA.

6. COMPORTAMENTUL VOLITIV SI TULBURARILE SALE.

4. TULBURARILE DE COMPORTAMENT SEXUAL.

Complexitatea conduitei sexuale permite cu greu stabilirea unei clasificari riguroase. Nu se poate trasa o limita patologiei sexuale, deoarece unele comportamente care poseda masca a ceea ce consideram patologic se pot intilni si la indivizi normali.

Diferitele forme de sexualitate intilnite la adult, sint larg reprezentate in trecutul infantil al fiecaruia.

Multa vreme cercetarile care au fost publicate nu s-au referit decit la configuratia organelor si a fiziologiei sexuale, neglijind aspectul psihologic, care n-a fost surprins decit in operele in care prima interesul estetic, biografii, studii moraliste, religioase, care vizau reprimarea si sanctiunea. Studii care sa cuprinda problema cu obiectivitate si sa priveasca sexualitatea cu tulburarile cu toata importanta pentru viata mintala, sint datorate lui: KRAFT EBING (1869), FREUD (spre 1890), HAVELOCK ELLIS(1905).

Acestia au dat o orientare noua cercetarilor, suscitind numeroase lucrari aparute dupa ei.

Tulburarile de compartiment sexual sint de 2 categorii si pot coexista in aceeasi conduita patologica, si la aceeasi persoana.

In prima categorie, functia sexuala este deranjata in scop:

REPRODUCEREA.

In a doua grupa tendinta sexuala este perturbata in realizarea ei, este limitara la o anumita faza a desfasurarii.

Deci tulburarile constau in deviatia instinctului sexual - perversiunile si inhibitia sexuala si frigiditatea.

EVOLUTIA INSTINCTULUI SEXUAL

Studiul diverselor stadii ale sexualitatii infantile permit intelegerea aspectelor sexualitatii adulte. Ca si alte instincte, intim sudate organismului, morfologiei sale, functiunii si organizarii sistemului neuroendocrin, instinctul sexual emana dintr-un anumit numar de procese somatice. Instinctul se manifesta prin activitatea zonelor erogene, unele sint electiv, dar toate partile corpului pot sa joace acest rol.

Predominanta succesiva a diverselor zone erogene a permis sa distingem in dezvoltarea sexualitatii infantile mai multe stadii:

Stadiul oral - este caracterizat prin importanta zonei erogene care constituie partea superioara a tubului digestiv, prin placerea de a suge, de a prinde si incorpora tot ceea ce apare ca hrana.

Pulsiunea sexuala fuzioneaza cu necesitatea de a se hrani, pe care o erotizeaza.

Sexualitatea in acest stadiu este autoerotic. Aparitia primei dentitii duce la intricarea elementului agresivitatii cu libidoul.

Copilul deprinde placerea de a musca.

Stadiul anal - marcheaza predominenta anusului si a partii inferioare a rectului si de alta parte uretra si meatul urinar. Placerea rezulta din excitatia mucoaselor prin retentie, sau trecerea fortata a bolului fecal si a urinei.

Stadiul phalicesi oedipian. Excitabilitatea zonelor erogene se concentreaza asupra zonei genitale. In aceasta faza apare problema diferentei de sex. Ea e rezolvata in sensul unei unificari.

Toti indivizii au sau au avut penis si femile au fost castrate.

Copilul (baietasul) intra in faza oedipiana.

GENEZA PERVERSIUNILOR.

Pervertiirile rezulta din convergenta unor factori congenitali si cistigati, in proportie variabila. Factorii congenitali: subliniem rolul constitutiei; perversiunile si nevrozele se observa frecvent la membrii aceleasi familii, care n-au trait niciodata impreuna.

Acest fapt i-a determinat pe unii sa considere ca ar exista un factor ereditar determinant. De asemenea se constata perversiuni asociate cu forme de degenerescenta, tulburari morfologice, endocrine, intelectuale.

Factorii care pledeaza pentru acest lucru ar fi:

- hiperactivitatea unei surse de excitatii care corespunde probabil unei disendocrinii;

- precocitatea aparitiei si rapiditatea dezvoltarii unei tendinte partiale;

- un dezechilibru intre forta pulsiunilor si cea a elementelor personalitatii, care sint defavorabile maturarii instinctului.

FACTORII CISTIGATI.

1. Factorii accidentali sint constant invocati si perversi.

2. Actiunea prelungita a anturajului. Mediul familial poate influenta considerabil evolutia unui ansamblu pulsional. Intr-o anumita masura, comportamentul sexual variaza si dupa structura sociala.

Trebuie sa consideram ca perversiunile au sursa in cooperarea celor 2 categorii de factori constitutionali si cistigati: prima categorie reclama circumstante particulare pentru a fi puse in valoare, a doua neputind actiona decit daca constitutia permite.

Acesti factori se amesteca in proportii variabile.

FORMELE CLINICE:

SADOMASOCHISMUL sau ALGOLACNIA.

Grupam sub aceasta forma 2 comportamente contrarii care manifesta cautarea placerii prin suferinta. Ambele coexista la acelasi individ si adesea la aceeasi conduita.

- crima sadica - personalitati celebre au ilustrat aceste acte monstruoase. Nero, Tiberiu au executat in fata lor adolescente si fete virgine. Maresalul Gilles de Retz a fost executat pentru ca a omorit, a violat mai mult de 800 de copii. Literatura criminala

raporteaza o serie de cazuri tipice, unde moartea este conditia voluptatii, fie ca constituie un echivalent al actului sexual, fie ca este acompaniata de un contact genital.

Jack spintecatorul (1877), stringea de git victimele, le deschidea abdomenul, sectiona partile genitale si le lua.

Verzeni (1871), a spinurat 2 femei, le-a mutilat corpul si a baut singele. Exemple de acest fel sint inca multe in literatura - vampirul de la Dusseldorf, Haarmann, macelarul de la Hanovra, sint printre cele mai celebre.

Aceste cazuri poate nu merita numele de perversiune sexuala, prin descarcarea agresivitatii sint mai mult forme de folie morala.

Actele sadice care se limiteaza la suferinta partenerului :

Acestea sint mult mai frecvente. Acte de cruzime, ca vederea singelui, deseori cautate: raniri, mutilari. Alteori, partenerul este supus unei ceremonii teatrale, ritualuri care exprima dependenta, respectul, umilinta, rugaciunea. In toate cazurile, subiectul exercita sadismul direct asupra victimei, adesea el are nevoie de un intermediar, de un al 3 - lea care il priveste su caruia i se identifica. Voyer-ismul se asociaza astfel sadismului. Obiectul este cel mai adesea electiv. Poate fi de acelasi sex sau de sex opus, un copil sau un animal. Subiectul este de obicei barbatul, mult mai rar femeia, datorita pasivitatii fundamentale. Uneori se formeaza cupluri sado - masochiste.

Masochismul (algolacnia pasiva) KRAFT EBING a dat acestei perversiuni numele unui scriitor care a devenit celebru, a carui viata si opera constituie exemple a caracterului si comportamentului acestor bolnavi.

Subiectul cauta un partener dominator, caruia i se supune in numeroase situatii umilitoare si de la care indura maltratari care-i provoaca orgasmul : flagelari, lovituri. Observam un mare numar de comportamente in care masochismul apare sub o forma degradata, - injurii, maltratari.

Uneori tendintele masochiste se asociaza cu alte perversiuni:

- fetisismul, perversiuni orale.

SEMNIFICATIA SI GENEZA PERVERSIUNII SADO - MASOCHISTE.

FREUD considera ca este vorba de un masochism primar - exista in noi o tendinta la distrugere afiliat instinctului mortii.

In sadism constatam existenta unei pulsii agresive la care se asociaza erotismul. Pentru a se ajunge la perversiune se constata o impletire de factori constitutionali si factori cistigati dintre care primii sint greu de apreciat, iar cei cistigati joaca un rol foarte important.

Se constata o oprire intr-o faza, infanta, fie cea orala, pregenitala sau chiar genitala.

Voyer-ismul, aceasta perversiune traduce persistenta la adult a unei tendinte foarte primitive - satisfactia prin privire.

Placerea este resimtita ca o curiozitate devoranta, poate fi procurata prin vederea organelor genitale, a feselor, a sinilor, uneori gratie unei puneri in scena rafinata, a unor jocuri de oglinzi prin spectacolul oferit de propriul coit, sau al unor persoane atasate unui stabiliment specializat.

Exhibitionismul intilnit mai frecvent in clinica sint marturie acestei tendinte in viata psihica. Un mare numar de bolnavi, in cursul diverselor sindroame si in comportamente mai mult sau mai putin erotice, adesea pur automate, se dezbraca si fac exhibitionism. Aceste manifestari nu pot fi confundate cu perversiunea exhibitionista. Intilnim manifestari de acest gen in alcoolism, epilepsie, manie, schizofrenie, demenete, debilitate mintala. Un diagnostic mai dificil este cel al exhibitionismului ca manifestare a perversitatii (moral insanity). Aceasta perversiune se observa aproape totdeauna la barbati, la adulti tineri 25 - 35 de ani, foarte rar la femeie (exhibitionismul sinilor).

Subiectii sînt cei mai adesea tînji, timizi, sociabili, deseori sînt casatoriti si duc o viata aparent normala. Ei exhibitioneaza in locuri putin frecvente, gradini publice. Obiectul este in general una sau mai multe femei, uneori copii, fetitele. Uneori se acompaniază de masturbare.

Distingem 2 forme clinice extreme :

1.- Exhibitionismul impulsiv nevrotic.

2.- Perversiunea exhibitionista.

Prima se caracterizeaza printr-o stare anquasanta este precedata de o lupta pe care subiectul o duce contra unei necesitati imperioase, nu se acompaniază de nici o dorinta, de nici o senzatie erotica. Se produce dupa un anumit ritual, la ore precise sau in aceleasi locuri. Subiectul nu tine seama de nici-un risc, el trebuie sa-si execute ritualul oricare ar fi obstacolele.

Prin aceasta caracteristica, aceasta forma se aseamana cu obsesie - impulsie.

A doua forma posedă o anumita valoare erotica, are loc in cursul unei masturbari. Ejacularea survine spontan sau in cursul unei masturbari.

Intr-un mare numar de perversiuni, anomalia rezida in alegerea obiectului. In aceasta categorie se incadreaza pedofilia, gerontofilia, zoofilia, necrofilia, fetisismul, sexualitatea.

Pedofilia - obiectul este un copil. In cadrul acestei perversiuni putem distinge mai multe aspecte.

Intr-un mare numar de cazuri este vorba de atentate la pudoare, al caror caracter de malignitate este evident. Se acompaniază adesea de violenta si mai mult manifestari de agresivitate, decit sexuale.

Forma perversa pura a pedofiliei - traduce o arieratie la un stadiu unde partenerii sexuali sînt copii.

Gerontofilia - interesul eritic al unui subiect tinar fata de un partener virstnic. Originea acestei perversiuni trebuie cautata intr-o oprire a evolutiei libidinale. Joaca un rol disparitia precoce a parintilor, cresterea copilului de unul din bunici, etc.

Zoofilia erotica presupune relatii cu un animal.

In desfasurarea acestei perversiuni, un rol important il joaca circumstantele exterioare in alegerea obiectului, in apropierea constanta de animale.

Aceasta atractie uneori este pasagera si cedeaza unei sexualitati normale. Uneori animalul este un substituit de obiect uman.

Necrofilia - predilectia pentru un corp neinsufletit. In literatura sînt mentionate 2 cazuri celebre. in desfasurarea acestei perversiuni intervin o serie de factori, tare erditare pe prim plan, precum si circumstante care aduc de obicei pe un debil mintal sa comita acte sexuale cu cadavrele. Este cazul lui **BERTRAND** (Lunier, 1949).

Bertrand manifesta inca din copilarie nevoia de distrugere si dorinte sadice.

Fetisismul - Individul normal confera o valoare erotica partenerului in intregime, trup si suflet. Pentru perversul din aceasta categorie obiectul este reprezentat doar printr-o, parte, o manusa, o piesa de lenjerie, ciorapi, o tesatura dintr-un material mai pretios, matase, catifea, blanuri.

Adesea fetisismul este asociat cu un partener.

Autoerotismul - incadram masturbarea insotita de fantasme (reveria intentionala) si forma narcisica a masturbarii.

Travestismul se situeaza la limita intre autoerotism si interesul sexual pentru un obiect inaintat. In aceasta perversiune placerea erotica este obtinuta prin utilizarea costumului rezervat sexului opus.

INHIBITIILE SEXUALE.

Starile psihoafective morbide sînt intodeauna legate de opriri sau limitari ale functiei sexuale, oricare ar fi etiologia acestora. Ele apar fie ca si cauze, fie ca si efecte, fie ca si stari reactionale. Aceste tulburari le clasam sub termenii de impotentia la barbat, frigiditatea la femei.

Aceasta clasificare are in vedere - predominanta motricitatii in actul viril si caracterul esentialactiv si pune de asemenea accentul pe sensibilitate (pasivitate) ca si componenta principala a sexualitatii feminine.

Ca toate inhibitiile si cele sexuale sint rezultatul unei activitati inconstiente a Eu-lui. Ele se disting de limitarile voluntare constiente, impuse de Eu functiei, pentru a scapa de teama de pericol (teama patologica de sifilis). Pericolul (contractarea unui sifilis) reprezinta agresivitatea subiectului proiectata asupra partenerului si deplasata asupra agentului infectios. Deplasarea si protectia sint procese complicate, care nu evita anxietatea.

Inhibitia sexuala la barbat imbraca aspecte diverse, este extrem de frecventa, clinicianul banuieste originea psihica in absenta simptomelor care traduc o afectiune organica (leziune inflamatorie, urogenitala, atingerea sistemului nervos, disfunctie endocrina, intoxicatie, diabet, sau stare de senilitate).

Inhibitia se poate produce in diferitele momente ale actului sexual: erectia, intromisiunea, orgasm, ejaculare, atingind functia fie intr-unul din cele 2 componente, motricitate si sensibilitate, fie cel mai adesea in ambele.

Se poate produce o represiune chiar la sursa functiunii, la nivelul dorintei.

Observam deci in clinica:

- 1.- un defect de erectie;
- 2.- tulburari de orgasm;
- 3.- tulburari de ejaculare, in momentul aparitiei sale - precoce sau prevenind intromisiunea, intirzierea sau total absenta. Sau privind forma (de tip uretral - se produce intr-un singur jet continuu si apare in timp ce exista o stare fiasca).

- 4.- substituirea dorintei erotice, inlocuita adesea printr-un dezgust pentru organele genitale, in anumite cazuri pentru tot ce atinge de aproape sau de departe problema sexuala.

SEMNIFICATIE SI PATOGENIE.

Actiunea Eu-lui care ajunge la refularea dorintei sau la inhibitia functiei genitale, este legata de culpabilitatea oedipiana, de teama de castratie, teama de propria agresivitate.

Aceasta forma de aparare constituie aspectul negativ al sindromului: absenta dorintei, a erectiei, imposibilitatea intromisiunii, absenta sau slabirea senzatiei, absenta retentiei, imposibilitatea de evacuare.

Aceste tulburari prin defect favorizeaza o regresie in faze progenitale.

Inhibitia sexuala la femei este mult mai frecventa decat la barbati.

Uneori aceasta poate sa releve o afectiune pur organica:

- ginecologica (malformatii congenitale, vaginale sau clitoridiene, hipeplazie sau absenta congenitala a ovarelor, leziuni vulvovaginale consecutive unor nasteri);
- endocrine (hipofoliculinemie);

De cele mai multe ori un examen somatic nu clarifica originea acestui deficit, pentru ca, de cele mai multe ori este vorba de o inhibitie.

Inhibitia adevarata trebuie deosebita de falsa frigiditate.

Distingem 3 categorii de tulburari, dupa cum este atinsa dorinta, sensibilitatea sau motricitatea.

- 1.- Absenta dorintei este adesea refulata si inlocuita printr-un dezgust.
- 2.- Inhibitia sensibilitatii, este frigiditatea in adevaratul sens al cuvintului. Poate sa considere intr-o anestezie sau o absenta a senzatiei erotice, sensibilitatea tactila fiind conservata.

Realizeaza tablouri clinice diferite dupa: **topografie** (interesind clitorisul si vaginul, sau separat); **dupa intensitate** dupa **Momentul aparitiei** (uneori aceste inhibatii se desfasoara pe toata intinderea desfasurarii actului, alteori cuprind numai

anumite faze. Femeia de ex încearca placerea sarutului, a mingiilor, a intromisiunii, dar nu resimte nici o juisare terminala. Inhibitiile motricitatii sint susceptibile sa atinga 2 categorii musculare: cele care pun in joc si asigura secretia vaginala, si care a caror activitate - contractie si relaxare, constituie manifestarile obiective locale ale orgasmului.

Vaginismul, ca si alte tulburari observate frecvent ca asociate frigiditatii, trebuie distins de inhibitie.

5. CONDUITA ALIMENTARA SI TULBURARILE ACESTEIA.

E o conduita de cautare, de apropiere, mai primitiva si mai imperioasa decit instinctul sexual. Necesitatile biologice nu se pot confunda cu conduita alimentara. Pentru nou - nascut, exercitiul de oralitate nu este numai o manevra de a asigura necesitatile vitale, ci este si un mod de aprehensiune (chiar un mod de a iubi si de a fi iubit). Sub influenta educatiei, copilul adopta ritualuri alimentare, traditionale anturajului, mediului. Nevoile vitale servesc doar de suport. Daca ne gindim la omul primitiv, cum cauta sa-si satisfaca instinctul alimentar. Dar, pe parcurs, instinctul s-a cizelat, i s-au imprimat omului o serie de obiceiuri - traditia grupului. De aici, marile diferente intilnite in conduita alimentara a oamenilor. Se vorbeste despre o arta de a minca, despre o arta culinara, in care o serie de popoare au atins culmile rafinamentului.

TULBURARILE CONDUITEI ALIMENTARE.

1. Anorexia copilului mic - (conduita nevrotica de restrictie alimentara).
2. Reflexul alimentar din unele psihoze.

1.- Anorexia nervoasa la copilul mic.

E vorba de o reactie bioafectiva. Debutaaza printr-o pierdere a apetitului, slabire rapida, varsaturi, somnolenta, fara febra.

Comportamentul mamei si al anturajului este foarte important.

Conflictul conjugale au un rol foarte important. Dgn se face cu: falsele anorexii, anorexia de origine infectioasa, anorexia la cei cu vegetatii adenoide, la cei cu faringospasm, afectiuni hepatice, megacolon.

2.- La adolescent si la adult.

A.-Anorexia mentala a tinerelor fete.

Poate fi de origine mentala, de origine endocrina, hipofizara, sau de origine la nivelul zonei infundibulo - hipofizare.

Casxia e considerata ca fiind consecutiva unei necroze ischemice a hipofizei anterioare. Aceasta casxie se instaleaza de multe ori postpartum.

In encefalite, tumori si procese vasculare Y (zona hipotalamica si ventricolul III). Reactii afective, tulburari in sfera ciclului menstrual.

Slabire ce progreseaza, tulburari ale pielii, fanerelor, limba saburala, uneori diaree. O scadere a metabolismului, o diminuare a glicemiei.

Frotiul vaginal arata o atrofie a mucoasei.

In nevroze, conduita alimentara este frecvent (restractiva) in starile obsesivo - fobice; uneori este secundara altei obsesii; alte ori este o conduita hipocondriaca; alte ori - in starile depresive - r. depresiva la aflarea dgn. de cancer.

Terapeutica - anorexie sau restrictie nevrotica - e necesara o internare si terapia este complexa, atat medicamentoasa, cit si psihoterapie.

B.- In psihoze.

Refuzul propriu-zis poate fi consecutiv unei convingeri delirante (sau un paranoid cu convingerea ideii de otravire). In starile de agitate confuziva, intervin alte mecanisme (nu inghite, nu accepta mincarea in gura).

In schizofrenie - refuz datorita negativismului, sau determinate de convingerea deliranta (ca in schizofrenia paranoida). In confuzia mentala, bolnavul nu se alimenteaza de loc. In starile dementiale - o scadere a apetitului, ce poate merge pina la refuzul total.

Tulburari prin exces: foamea si setea excesiva.

Pot apare in forma de accese impulsive - sitiomania sau dipsomania, sau stari cu caracter prelungit, permanent (prost obicei).

Sau in situatii de boala - dementia, debilitate mentala.

Alteori - implicate endocrine.

- **Perversiunile apetitului** : psihopatii, idioti, postencefalitici, femeia insarcinata.

- **Tulburarea instinctului de a bea : DIPSOMANIA** - un echivalent maniaco-depresiv; uneori chiar o asimileaza epilepsiei; la origine este accesul polidipsic, cu caracter impulsiv. **POTOMANIA** - starea permanenta.

Frontierele cu diabetul sint foarte nesigure. Sint necesare investigatii, pentru ca pot exista in: epilepsie, encefalite, traumatisme craniene, afectiuni tumorale sau vasculare (zona infundibulo - tuberiana).

Concluzii: - un fenomen complex, la baza - necesitatea biologica, orchestrata de o serie de factori sociali, afectivi, estetici, etici.

In general, la om, viata instinctuala, depaseste necesitatea biologica. Socializarea unor instincte!

6. COMPORTAMENTUL VOLITIV SI TULBURARILE SALE.

VOINTA

Vointa este strins legata de activitate. Consta in trecerea constienta de la o idee sau rationament, la o activitate sau la inhibitia unei activitati, in vederea realizarii unui anumit scop.

Este o functie ce asigura libertatea individului, capacitatea lui de a-si dirija activitatea spre un anumit scop. Este un derivat al cunoasterii in sensul ca faza initiala este perceptiva.

Actul voluntar este modalitatea de adaptare deliberata, cu ajutorul functiilor de cunoastere; intervin in plus emotivitatea, temperamentul, anumite automatisme simple sau superioare. Ea se detaseaza de fapt ca o optiune, ca o categorie filozofica in cadrul functiilor psihice.

Actiunile individului pot fi elementare sau extrem de complexe, cele simple sint elaborate si automatizate prin exercitiu, astfel incit nu mai solicita o coordonare constienta, autocontrol sever sau vreun efort special.

Actiunile complexe presupun un plan mai amplu de dezvoltare si o anumita, organizare in sistem a componentelor date.

Apelul la actiune este intodeauna un act lucid, liber efectuat de individ, si deci **VOLUNTAR**. In considerarea vointei, avem de-a face nu cu un proces de a voi, ci mai degraba cu o latura a personalitatii ce imprima tuturor proceselor psihice insusiri calitativ superioare; astfel apar perceptii voluntare intentionate, calitativ deosebite de cele spontane, neintentionate. Forme de imaginatie, vointa, constient controlata, superioara imaginatiei pasive, involuntare.

Atentia voluntara, distincta de cea involuntara, caracteristica, deliberarea, selectia mijloacelor, organizarea ierarhica a energiei psihice in functie de dificultati si problemele puse, un autocontrol constient, mobilizarea unui efort special.

Vointa nu poate fi explicata decit ca un produs al evolutiei social - istorice a individului, ca rezultat al dezvoltarii capacitatilor general - umane.

Engels - constata existenta unui raport obiectiv si direct intre libertatea vointei si cunoasterea legilor realitatilor de catre individul liber.

ACTELE INVOLUNTARE SI VOLUNTARE.

Din categoria miscarilor involuntare fac parte toate reactiile neintentionate ale individului (de ex. orientarea spontana spre diferiti excitanti, ce apar in mod neprevazut de un obiect), reflexele neconditionate simple (cel de aparare, ticul palpebral, de tuse, reflexele posturale - sint reproduse involuntar), gesturi ce se asociaza comunicarii verbale, sau unele reactii mimice, de care nu ne dam seama si pe care cu greu le stapinim.

Involuntare - unele miscari invatate, pe care la inceput, le-au efectuat intentionat, dar care s-au automatizat (mersul).

Actiunile voluntare se caracterizeaza prin prezenta scopului constient in raport cu care individul isi organizeaza actiunea.

Tempii activitatii sint:

- pregatirea actului voluntar (etapa psihica);
- executarea propriu-zisa (etapa psiho-motorie, expresiva);
- etapa mintala - vointa e strins corelata cu procesele cognitive si afective, de unde apare.

Elementul prim este pretextul, impulsul, tendinta sau solicitarea, ce poate fi instinct, necesitate spirituala, un stimul extern, sau o solicitare verbale. Pe baza pretextului tendinta isi construiesc o motivatie, dirijare spre un scop; uneori desfasurarea vointei se poate opri aici, ceea ce inseamna mai mult o dorinta, visare.

Motivatia este urmata de intentia realizarii, care este o etapa de durata variabila, ce duce la constructia planului mintal al actiunii.

Planul poate apare brusc, sau dimpotriva, insidios.

Poate fi general, detaliat, bine precizat sau obtuz, haotic.

Constientizarea scopului si optiunea pentru el sint 2 verigi ale actului voluntar, ce se desfasoara distante in timp; intre ele se interpune faza deliberarii. Faza de tatonare si de oscilatie a individului intre diverse dorinte, urgente, tentatii, in care se fac o serie de comparari.

Se produce lupta intre motive, timp in care subiectul se framinta, confrunta atractiile si mobilurile care l-ar impinge sa actioneze.

Apar foarte multe propozitii pro si contra, in legatura cu scopul actiunii. Procesul deliberarii se termina cu obtinerea pentru unul din motivele existente si anume pentru motivul cel mai interesant, d.p.d.v. al subiectului.

7) Decizia individului - luarea voita a unei hotariri.

In orice hotarire este si o renuntare.)

DILEMA - este o tulburare in luarea unei hotariri, o greutate in alegere, o problematizare lunga, sterila si inutila, o deliberare farasfirsit, ce consumasi framinta bolnavul, producindu-i nemulsumire atunci cind incearca sa opteze pentru una din solutiile posibile. Exista la neurotici, la unii psihopati, psihastenici sau la schizofreni.

Al II-lea timp, dupa luarea hotaririi termen, vointa se edifica - executarea actiunii, sau realizarea vointei ce consta din transpunerea deciziei pe plan psiho - motor, transformandu-se in prezenta motrica, executarea sa sub control ferm.

In om, spre deosebire de animale, anumite functii ale activitatii nu implica **intindearea si efectuarea** concreta - in cazul actiunilor sau operatiunilor mintale, **componentele motrice** sint inhibitate, actiunile mintale intervin mai ales in formele voluntare ale desfasurarii: functiei psihice.

Toate verigile actului voluntara se desfasoara dramatic si tensional in psihicul persoanei angajind un efort special si mobilizind toate procesele de care apartin.

Capacitatea de vointa se afirma de fapt in invingerea greutatilor de ordin subiectiv sau obiectiv, in consecinta actiunilor sale, in efortul sustinut pina la atingerea scopului propus. Structurile neuro - functionale de la baza actelor voluntare cuprind pe de o parte componentele ereditare de specie umana. pe de alta parte, scheme functionale

formate istorico - social si conexiuni nervoase configurate specific - istoria personala a individului.

Actele voluntare isi desfasoara faza de dezvoltare ontogenetica au caracteristici deosebite - la sugari - reactii motrice legate de satisfacerea nevoilor imediate; in primul an de viata miscarile devin mai complexe, se modeleaza si educatia din primul an (crearea primului nucleu de independenta) de a se servi singur.

In perioada anteprescolara intervine reglarea verbala a miscarilor, care sint impulsive, slab consolidate si cu mare consum de energie.

In perioada prescolara, activitatea cistiga in orientare si planificare, se dezvolta limbajul intern, ce dirijeaza conduita copilului si contribuie la dezvoltarea disciplinei - apare initiativa, perseverenta, stapinirea de sine. In perioada scolara, dirijarea vointei se face spre efortul de acumulare a cunostintelor, pentru alcatuirea unui program, apar regulile de buna purtare, sanctiunile intaresc stapinirea de sine, si se stimuleaza initiativa.

Calitatile volitive ale individului, unele parti importante ale proceselor voluntare ale individului, daca sint exersate si cultivate in mod sistematic, pot deveni trasaturi volitive si calitati ale personalitatii - de ex: puterea sau trairea vointei, traduse prin fermitatea si tenacitatea cu care se angajeaza persoana fata de scopuri.

Apoi perseverenta volitiva, adica calitatea de a continua in timp actiunile, de a efectua pina la capat planul stabilit, trecind peste dificultatile ivite.

Perseverenta vointei nu se identifica cu incapatinarea, ce consta in perseverarea intr-un tel marginit si care este o trasatura volitiva negativa a persoanei.

Independenta vointei este calitatea de a delibera si de a lua hotariri in haza unei analize proprii si a unei motivatii profund intemeiate.

Sugestibilitatea este opusa independentei vointei, o independenta gresit inteleasa injusta, unilaterală, opusa oricarei sugestii sau pareri din afara - alcatuiesc negativismul voluntar.

Promptitudinea volitiva se refera la operativitatea si rapiditatea cu care individul ia cele mai adecvate hotariri - se opune pripelii, tranznelilor.

Atributele vointei sint componente obligatorii in formarea caracterului si personalitatii. Se vorbeste de vointa de tip idealist care trece mai greu la actiune, cintareste mult motivele si mijloacele, ia mai greu o hotarire; vointa de tip impulsiv - la indivizi care raspund repede la o incitatie oarecare, trecind imediat la actiune.

PERSONALITATEA.

Personalitatea este o masca, prezentarea intr-un moment dat a unei identitati ("carte de vizita").

ALLPORT in anul 1937 a dat 50 de definitii ale personalitatii.

Mc.CLELAND a dat 100 de definitii ale personalitatii.

O explicatie a faptului de ce ne preocupam asa de mult de persoana, este ca acest lucru ne fascineaza foarte mult.

Posibilitatea de a descifra semenii a preocupat omul inca din cele mai vechi timpuri.

OSCAR WELT: pentru om, cel mai periculos este sa-si cunoasca prietenul".

Linia biosociala - popularul, literatura, proverbele, cantecele, traditia, au rol in determinarea unei persoane (d.p.d.v. biosocial).

Linia biopsihica - particularitatile omului.

ALLPORT: omul poate fi definit, ceea ce este el in realitate

(" what a man really is ").

TEORIA PERSONALITATII.

Orice teorie reprezinta un set de conventii, prin care un autor isi exprima convingerile, plecind de la o realitate.

2 personologi, HALL si LINDZEY , in anii 1957 si 1966, folosesc asemanator majoritatea termenilor utilizati pentru a defini fiinta umana, astfel :

- Analiza comportamentala este la baza majoritatii clasificarilor (WATSON).
- Analiza motivatiei (de la cerinte, impulsuni, tendinte, pina la afect.).
- Cunoasterea si invatarea (factor decisiv, dar extrem de greu de apreciat in contextul comportamentului si motivatiei).
- Inclinatiile - (deprinderi, aptitudini si talent).

TEMPERAMENT
genetic

temperament

CARACTER
ansamblu social
modelajul ambiant

PERSONALITATE
T + C + Timpul, durata
(da notiunea de functionalitate ,
dynamism).

Personalitatea este concretizata prin cel mai mic numar de trasaturi care pot sa caracterizeze un om.

SPRANGER a incercat sa prinda in 6 categorii majore, valorile obligatorii ale personalitatii (MURRAY a dat 20).

- Categoria teoretica de ADEVAR si CUNOSTINTE.
- Categoria
- Categoria estetica
- Categoria sociala
- Categoria politica.

CONCEPTIILE DESPRE PERSOANA.

HEY - a intemeiat PERSONOLOGIA.

RIBOT - in persoana sa aduna suma tuturor functiunilor si ceva mai mult.

- Coeziunea sub forma de unicat a tuturor functiunilor .
- Constientizarea propriei existente.

Pluralitatea organizata intr-o infinitate de variabile si de constructii. Ritmul transformarilor este diferit de la o virsta la alta, dar permanent de la nastere, pina la moarte.

HALL si LINDZEY - Psihologia clinica.

W. STERN - Gestaltismul - Psihologia configurationista.

WUNDT si WATSON - Psihologia experimentală.

- Teoria invatarii.

Unii pleaca de la analiza celorlalti.

Metoda care pleaca de la introspectie este mai subiectiva.

Amindoua sint unilaterale, iar adevarata psihologie le foloseste pe ambele.

DEZVOLTAREA PERSONALITATII (nature - nurture, adica natura si hrana).

Etapele de dezvoltare a personalitatii:

a).- perioada obscura, pina la virsta de 1 an;

b).- perioada de diferentiere a persoanei, la 3 ani (apare NU);

c).- perioada a III-a, la 6 ani;

d).- perioada de adolescenta (DEBESSE).

CLASIFICARE.

Structura arhitecturala, tipuri masurabile si cu rezerve luate ca etalon.

POROT: - ii dam ambalaj familial;

- unul geografic;

- unul cultural si istoric;

- unul social;

- unul politic si moral.

MOSKOWITZ si ORGEL (S.U.A.) - trebuie sa acordam o circumstanta, care sint prea rigide pentru realitate, dar foarte utile pentru cercetare, sa le adaptam factorilor situationali.

Contributia medicinei cosmice: se ocupa acum cu limitele omului, taria sistemelor sale de aparare, valoarea antrenamentului, angajarea fata de nou si imprevizibil, cu asimilarea noilor conditii.

1. KRETSCHMER - s-a inspirat din JUNG (introversia si extroversia).

a).- picnic ;

b).- leptosomul ; - S -

c).- athletic, muscular, viscos (epileptoizi) ;

d).- displazicul.

2. SHELDON - bioconstitutionalist - a facut un studiu pe 4000 studenti.

a).- viscerotomii;

b).- somatomii (mezomorfismul);

c).- ectomorfismul.

3. VIOLA si PENDE :

- normotipic (normosplahnic);

- brahitipul (mielosplahnic);

- brevilinearul

- longilinearul stenic si astenic;

- brevilinearul stenic si astenic.

4. GALEN : - ginditor, artistic si mediu.

5. HIPOCRAT : - flegmatic, sanguinic, coleric si slab

6. CARACTERIOLOGIA (LA BRUYERE) - HEYMANS, 3 grupe mari:

E - emotivitate;

A - activitate;

P - activul (prezent);

R - rasunet

S - tardiv in actiune. De aici, apar 8 categorii:

- a).- colericul E A P
- b).- pasionalul . . . E A S
- c).- nervosul E A P (adica A nu este activ)
- d).- sentimentalul . . En A S
- e).- sanguinicul . . . n E A P
- f).- ilegmaticul . . . n E A S
- g).- amorful nEn A P
- h).- apaticul nEn A S

7. **Constitutionalistii: DELMAS si BOOL**, impart in 4 tipuri bazale, dispozitiile afective bazale, in anul 1927;

- a).- constitutie emotiva;
- b).- constitutie ciclotima;
- c).- constitutie paranoica;
- d).- constitutie perversa, ulterior scoasa.

8. **JUNG** - intro si extroverti, **EYSENK** adauga grupa gradului de neurotism al persoanei (ajunge aici prin analiza factoriala).

Ei folosesc o arhitectonica bidimensionala, dihotoma.

BLEULER - simptom - schizoid.

9. **CATELL** in anul 1950. Trasaturile de baza au fost construite prin analiza factorilor dinamici, de raspuns a individului:

- I - ciclotimia (usor atasat de ambianta);
 - schizotimia (rezervat, inchis, morocanos);
- II - inteligenta (ginditor, constient, independent);
 - debilitate(subinteligent, timpit, marginit);
- III - stabilitate emotionala (realist, confortabil);
 - nesatisfacut, instabil, anxios, imatur;
- IV - dominanta, ascendenta (confident);
 - supus (neconfident);
- V - optimist (prietenos);
 - pesimist (depresiv);
- VI - afirmarea puternica a EU-lui (nesigur, sovaelnic);
- VII - aventurier, intreprinzator (goana dupa risc);
 - conformist, izolat, fuge de risc;
- VIII - imaturitate afectiva;
 - maturitate afectiva (rigid);
- IX - paranoid;
 - altruist, plin de incredere;
- X - истерic, boemian;
 - practic, cu preocupari reale;
- XI - rafinat, subtil, complicat;
 - simplist;
- XII - anxios, nesigur;
 - placid, autoincrezator;
- XIII - radical;
 - conservator;
- XIV - independent, decisi;
 - sovaelnic, nedecis;
- XV - controlul si stabilitatea caracterului
- XVI - tensiunea nervoasa ;

Exista 3 categorii de date ale lui **CATELL**:

- a).- date L raspuns la problemele puse de viata;
- b).- date Q chestionare tip si teste proiective;
- c).- date T la teste metrice de performanta.

10. T.A.T. SONDY si RORSCHAH - trei incercari de a patrunde in personalitate, lasand la latitudinea exploratorului sa faca un tablou sintetic. OMUL PRIN MASURATORI PSIHOLOGICE.

H EY - testele sint adevarate sonde prin care exploram

11. Curentele antropologice, DURKHEIM, LEVI-BRUHL, M. MEAD, R. LINTON.

Incearca sa explice personalitatea de baza, adinc impregnata de influenta ambiantei in care se gaseste. Ei uita sa mai vorbeasca de nucleul deja constituit (biologic) al persoanei.

Elementele din realitatea ambientala dezvolta Personalitatea pe 2 dimensiuni:

- unele care ofera P. securitate, angajate in fiecare sistem social prin recunoasteri (recompense , decoratii);
- altele represive, penalizabile.

Toata P. este oglindita in stilul de viata, modelat de ex: care este creat pe un statut social.

" Matricea sociometrica " (MIHU , dupa MORENO).

" Omul nu se poate libera de robia gravitatiei si de influenta mediului social " (1967).

De citit: Teoria motivatiei si a invatarii.

12. WATSON, DOLLARD, MILLER:

Invatarea - mulaje cumulative, care prin intarire conditionala fac parte din personalitatea omului.

KURT LEWIN - " Teoria dinamica a personalitatii " - Persoana este un sistem organizat, cu interactiuni permanente, dar variabile.

13. Conceptia genetica a personalitatii.

Cod genetic mostenit. . . dezvoltare. . . maturare.

Angajate intr-o continua structuralizare.

WALLOON: aceasta dezvoltare nu se face treptat, ci exista faze cu durata variabila si perioada de crize. El da 4 repere :

- stadiu de impulsivitate motrica, pina la 1 an (mama - copil);
- stadiul emotional (1 - 3 ani) - incorporeaza mediul;
- stadiul personalizarii (de la 3 ani - face cunostiinta cu propria persoana).

14. PIAGET - analiza functiilor cognitive: asimilarea, acomodarea, utilizarea.

15. JANET - teoria genetica de ierarhizare progresiva pe nivele ;

- conduita omului e o conduita de ansamblu, ce se subordoneaza celorlalte functii ale psihicului.

16. Freudienii - 3 compartimente in analiza personalitatii:

- super - Ego-ul social;
- Ego-ul optimizat;
- Id-ul.

Subliniaza ponderea copilariei; teoria libidoului.

ADLER: nucleul hedonic, 3 instante: inconstientul, preconstientul, constientul.

Ei au lansat urmatoarii termeni: frustrare, complex, regresie.

→ PICHOT: - stadiul oral, de dependenta;

- stadiul anal, de stringenta sau pedanterie;
- stadiul uretral - orgoliu;
- stadiul phalic - dezinvoltura;
- stadiul genital - ideal.

17. WERTHEIMER - configurationist.

18. K. HORNEY - 3 tipuri de orientare psihosociala:

- tipul afabil, complezant, dirijat spre oameni;
- tipul agresiv, ce dirijeaza fortat oamenii, impunandu-se;
- tipul detasat.

19. FROMM - clasificare bio - psihosociala (directia de orientare a individului:

- orientare receptiva;
- orientare acumulativa (de economisire si conservare);
- orientare comerciala (isi privesc semenii ca pe o marfa);
- orientare productiva (realizata pe aspiratii si potentiale).

20.SPRANGER: tipologia caracteriala (trairi si actiuni) . 6 parti:

- personalitati practice - egoisti (principiul utilitatii);
- teoreticul, individualist;
- astenic, artist, conduita ludica;
- religios - supranatural , mistic;
- dominator - rol de conducator, post de leader;
- social - tip altruist, isi risipeste viata pentru altii.

21.-**NEUROCIBERNETICA** -Balaceanu si Nicolau.Considera Personalitatea ca o determinare genetica - biologica, care sufera o determinare socio- culturala. In S.N.-capacitatea instruibila prin invatare, care presupune anticiparea succesului (direct-experienta proprie, si indirect, prin experienta altora). Personalitatea este un sistem al sistemelor, gata sa rezolve problemele.

S-a construit un simulator de Personalitate- **KENETH** (ordinator).

LEOHLIN - masina cu **P. GOLU** si **DICU** (1972). Introduc in psihologie fac diferenta intre individ (unul dintr-o specie) si persoana (sociologie).

Noua dimensiune de cercetare a personalitatii.

Omul isi angajeaza viata pentru anticipare.

" Omul nu e nici prizonierul mediului, nici victima biografiei sale".

" Constructs " = conglomerate de sisteme, care vin sa ajute rezolvarea unor situatii. Merg pe modelul asociatiilor, facind o adevarata retea completa si dinamica, in care se poate angaja omul.

Revizia acestor "C" se face dupa metoda examenului practic (se sterge, se anuleaza, sau se corecteaza). Modelul RGT(testarea prin repertoriu si grila). "Oamenii nu sint niciodata intr-o situatie identica, nici cu ei insisi, nici cu ceilalti".

MODELUL TRASATURILOR DE PERSONALITATE M.PRINCE si LAZARUS.

Trasaturile acestea sint determinantele comportamentului, actionate: motivational si cu insusire autoactiva. Mai sint si trasaturi de tip instrumental, care dau posibilitatea de a rezolva ceva.

Particularitatile sint organizate in sisteme de prezentare, antrenate dupa ambianta in care cineva traieste. Aceste trasaturi inca n-au ajuns sa creeze un model perfect 3 categorii:

- particularitati cardinale (det.conduita, pun o amprenta specifica pe individ). foarte constante;

- particularitati centrale = esenta particularitatii;
- cele care se studiaza indirect, se deduc din comportament.

E nevoie sa angajam individul intr - o actiune.

- mare numar de determinanti;
- pasiuni permanente si monotone;
- actiuni specializate pentru actiunea tip.

4 categorii logice : - factori generali (gen);

- gr.de specie (factori de grup);
- proprietate specifica (mnezica);
- accidentale (de multe ori de eroare).

1952 - o caracterologie a lui **LEVITOV**:

- orientare (intentii, interese, scopuri, principii) si operationalitate (de 2 feluri, pe trasaturi globale si pe trasaturi volitionale - initiativa, curaj, fermitate).

TIPOLOGIILE.

Nu se pot stabili repere precise, stiintifice, ci valoare de schematism pentru opinia publica. " Nici o tipologie nu contine un vocabular suficient de bogat, cu care sa se poata face portretul unui individ".

Exp. de viata - greu de observat. Se prezinta mai ales extremele, dar nu este nuanzata marea majoritate a persoanelor.

3 tipuri de legaturi esentiale (in tendinta de integrare a individ.)

- legaturi de tip 1 - procese ciclice, reflexe neconditionate;
- legaturi de tipul 2 - secundare, principiul conditionarii, cu rol anticipativa;
- legaturi de tip 3 - opereaza cu simboluri, pe care le intelege, le foloseste si isi

construieste o autoidentificare pe aceasta seama.

LAZARUS: gradul de dezvoltare a structurii prin diferentiere si specializare dupa modelul K. LEWIN;

- gradul de integrare a calitatilor fundamentale in echilibru dinamic;
- consistenta sau stabilitatea conduitei, care ne ajuta sa recunoastem stilul.

Dezvoltarea, Descrierea, Determinarea si Dinamica - cei 4 D.

Perfectibilitatea persoanei - functie de controlul executat de fiecare: - controlul poate fi o frina;

- o transformare a exprimarii pe un alt registru (comutare);
- o aminare a executiei;
- o selectie si programare a conduitei.

TULBURARILE DE PERSONALITATE.

1. GRUPA PERSONALITATILOR INSUFICIENT DEZVOILTATE.

- oligofrenii;
- imaturii (arierații afectivi);
- psihopatii.

2. GRUPA TULBURARILOR DE UNITATE.

- dedublarea (simultan sau succesiva - alterna);
- heautoscopia (proiectia propriei persoane);
- depersonalizarea (dupa unii aici intra si derealizarea);
- disociatia fragmentara a schemei (epilepticii, confuzionalii, starile onirice, schizofrenia).

3. TULBURARI DE IDENTITATE.

- ideea de negatie a identitatii proprii;
- delirul de transformare metabolic;
- fenomenul de tranzitivism (transpune persoana proprie la persoana a III-a la schizofrenii);
- megalomania.

4. TULBURARI ALE PERSONALITATII in legatura cu AMBIANTA.

- schizotismul;
- autistul.

5. TULBURARI DE PERCEPTIE SI CONSTIINTA

care alterneaza Personalitatea.

- starile depresive si melancolice (modifica impactul nostru cu realitatea);
- obsesivii (se indoiesc de gindirea lor);
- negarea de organe (a delirului hipocondriac).

6. PERSONALITATEA SI DELIRUL.

7. DEGRADAREA PERSONALITATII.

- traumatismele, tumorile, epilepsia - starile dementiale.

8. PERSONALITATILE MULTIPLE dupa interventii neuro - chirurgicale (plus lagarele, privatiunile. . . o mutilare a Personalitatii).

Astazi, alte aspecte : 6 modele:

1.- **NEVROTICUL** - notiunea de Personalitate este inclusa la nevrotici (sint structurati ?)

2.- **TOXICUL si PERSONALITATEA** - droguri, alcool, impactul cu ele.

3.- **STRESS-ul** ca factor de modificare a personalitatii(de cursa lunga sau scurta)

4.- **BOLILE ORGANICE** si rasunetul lor asupra personalitatii.

- boala lunga ;

- infirmitate mai mare;

- viata mai tinara;Personalitate tulburata.

- nu e corectata sau protejata de psihiatri;

- modelare usoara - Personalitate usor dezorganizata.

5.- **GREFELE MARILOR ORGANE si PERSONALITATEA.**

6.- **PROFESIUNEA si PERSONALITATEA.**

- desavirsirea, adaptarea, hobby, intrarea, realizarea si iesirea din personalitate.

Referindu-se la personalitate, MIGUEL de UNAMUNO , citat de JEAN GUILLAUD: spunea in sens metaforic:

"Cind ne intilnim in doi, sintem de fapt suse, doi care sintem, doi care credem ca sintem si doi pe care altii ne cred ca sintem ".